

(Travail du Service du Docteur E. RIST)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o 796

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DARTIGUEPEYROU

Né le 12 août 1910, à Thann (Haut-Rhin)

Pneumothorax artificiel et Travail

Essai sur l'Aptitude au Travail
des Porteurs de Pneumothorax artificiel

Président : M. SERGENT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1935

(Travail du Service du Docteur E. RIST)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre DARTIGUEPEYROU

Né le 12 août 1910, à Thann (Haut-Rhin)

Pneumothorax artificiel et Travail

Essai sur l'Aptitude au Travail
des Porteurs de Pneumothorax artificiel

Président: M. SERGENT, Professeur

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHÉRY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN [.....] Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET [.....] Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
HARVIER.
LIAN.
VALLERY-RADOT
(Pasteur).
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ÉCALLE
GUÉNIOT.
LE LORIER.
LÉVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique Propédeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse,
en témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR E. RIST

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laennec

*Qui nous a agréé dans son service en
qualité d'externe, nous a instruit et guidé
par son autorité bienveillante.*

*Que ce modeste ouvrage lui soit un témoi-
gnage de notre respectueuse gratitude et
de notre complet dévouement.*

A M. LE DOCTEUR L. NÈGRE

Chef de Service à l'Institut Pasteur

*Dont l'amitié et le vivant exemple nous
ont été et nous seront toujours infiniment
précieux.*

A M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Chef des Travaux anatomiques à la Faculté de Paris

*En hommage de reconnaissance très res-
pectueuse.*

A M. LE DOCTEUR F. BOURGEOIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a secondé de ses conseils ami-
caux.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR ACHARD

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Dans l'externat :

M. LE DOCTEUR LARDENNOIS

M. LE DOCTEUR RIST

M. LE DOCTEUR HALBRON

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

M. LE DOCTEUR PAISSEAU

Pneumothorax artificiel et Travail

Essai sur l'Aptitude au Travail des Porteurs de Pneumothorax artificiel

Introduction.

L'épreuve du travail est certainement l'un des meilleurs tests qui soient de la qualité et de la solidité d'une guérison, surtout en matière de tuberculose.

De toutes les thérapeutiques actuelles de la phtisie pulmonaire, la collapsothérapie par pneumothorax artificiel est celle qui donne les résultats les plus rapides et les plus solides ainsi que l'ont maintenant formellement montré les travaux de MM. DUMAREST, BURNAND, PISSAVY, L. BERNARD, RALPH et RAY-MATSON et surtout ceux si complets et documentés de M. E. RIST et de ses collaborateurs MM. NAVEAU et HIRSCHBERG.

Les porteurs de pneumothorax artificiel qui peuvent reprendre et mener une vie sociale quasiment normale sont nombreux. Il nous a paru intéressant de chercher à connaître de quelle façon ils la supportent et d'appliquer, en quelque sorte, au pneumothorax artificiel le test de l'épreuve du travail.

Nous espérons contribuer aussi à montrer les remarquables avantages de la collapsothérapie, tant au point de vue clinique et thérapeutique qu'au point de vue plus général du rendement économique et social, et réussir à mettre en évidence par l'observation de cent porteurs de

pneumothorax artificiel travaillant ou ayant travaillé, qui peuvent être considérés comme les sujets d'une expérience, les points principaux sur lesquels le phthisiologue peut s'appuyer pour estimer l'aptitude au travail du porteur de pneumothorax artificiel au moment où la reprise d'une activité se trouve être soit nécessaire, soit indiquée.

L'idée de ce travail nous était venue alors que nous étions externe dans le service de notre Maître le Dr E. RIST, de janvier 1932 à mai 1933.

Durant ces 16 mois nous avons été en contact régulier et prolongé non seulement avec les malades hospitalisés mais aussi avec ceux qui venaient faire entretenir leur pneumothorax artificiel au dispensaire Léon Bourgeois, étant en cure libre chez eux et souvent ayant pu reprendre une vie sociale normale après avoir été traités par le pneumothorax artificiel.

Nous avons été frappés de voir combien de ces porteurs de pneumothorax artificiel pouvaient sans défaillance et sans inconvénient jouir pleinement, grâce au pneumothorax artificiel, de tous les avantages que confère la santé la plus parfaite, tandis que d'autres présentaient des accidents divers en relation souvent étroite avec le genre de vie qu'ils menaient.

C'est ainsi que nous avons pensé qu'il serait intéressant de chercher à connaître plus exactement les influences réciproques que peuvent avoir sur l'état clinique des porteurs de pneumothorax artificiel les caractères propres de la maladie d'une part et, d'autre part, la vie sociale et plus particulièrement le travail effectué.

Notre Maître le Dr E. RIST a bien voulu s'intéresser à cette idée. Il nous a guidé par ses conseils bienveillants, nous a ouvert toutes grandes les portes de l'admirable organisation qu'il a créée et qu'il dirige au dispensaire Léon Bourgeois et permis de disposer de la documenta-

tion si complète qui s'y trouve, ainsi que de suivre durant de nombreux mois un grand nombre des tuberculeux qu'il a soignés par le pneumothorax artificiel. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant et nous désirons que ce travail, inspiré par lui, soit un témoignage de notre respectueuse gratitude et de notre complet dévouement.

Nos remerciements s'adressent aussi avec chaleur aux D^{rs} BRISSAUD, HAUTEFEUILLE et ARNAUD, collaborateurs du D^r RIST qui nous ont si aimablement facilité la tâche et fait bénéficier de leur expérience, de même qu'au D^r F. BOURGEOIS dont les conseils amicaux nous ont été très précieux et qui nous a permis de réunir des documents très complets dans une grande administration.

Notre étude se base sur l'observation de cent porteurs de pneumothorax artificiel qui tous travaillent ou ont travaillé.

Ces cent sujets, nous les avons tous vus personnellement. Après les avoir examinés et avoir connu grâce aux renseignements contenus dans leur dossier, tous les détails de leur histoire clinique, nous les avons suivis pendant plusieurs mois, étant ainsi à même d'observer, dans le temps, la façon dont ils ont supporté l'épreuve du travail.

Nous avons recueilli chaque observation en nous attachant particulièrement à connaître l'histoire de la maladie à ses différentes phases, du début jusqu'à ce jour, la nature et les conditions dans lesquelles le travail a été effectué, et la situation sociale de chacun de ces porteurs de pneumothorax artificiel.

Ces trois points capitaux sont intimement liés et contribuent, chacun pour sa part, au résultat actuellement observable.

Le choix de ces sujets n'a pas été dicté par une idée

préconçue. Nous avons accepté tous ceux qui, travaillant depuis un temps suffisamment long pour que l'épreuve du travail pût avoir toute sa valeur, se sont présentés à nous.

Aussi l'histoire clinique, la profession et la situation sociale de ces porteurs de pneumothorax artificiel sont-elles des plus diverses et notre documentation correspond-elle à la très grande généralité des cas courants.

Plusieurs de ces sujets sont employés de grandes administrations. Nous avons pu connaître alors très exactement la nature et les conditions de leur travail. De plus, étant astreints à un contrôle sévère et mieux dirigés médicalement, ils peuvent en quelque sorte servir de témoins.

Toute analyse étant indispensable à une synthèse ultérieure, après avoir établi une étude statistique des effets de l'épreuve du travail chez les porteurs de pneumothorax artificiel afin de connaître la proportion des résultats favorables et savoir si notre travail correspond à la réalité des faits, nous étudierons dans un second chapitre les faits particuliers concernant le travail effectué et le ralentissement que celui-ci a eu sur l'état clinique en général et plus particulièrement sur le pneumothorax artificiel lui-même.

Dans un troisième chapitre nous étudierons les influences propres que peuvent avoir certains facteurs : facteurs cliniques, facteurs propres au travail et facteurs en rapport avec la situation sociale.

Nous réserverons un quatrième chapitre à l'étude des pneumothorax artificiels bilatéraux.

Dans un cinquième chapitre nous envisagerons certaines considérations concernant la physiologie de la respiration chez les porteurs de pneumothorax artificiel pendant l'effort physique.

Enfin, dans un sixième chapitre nous tâcherons de mettre en évidence les avantages économiques et sociaux du traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel.

Nous concluons en rappelant les points principaux de cette thèse et en cherchant à en tirer, très simplement, les indications qui peuvent permettre l'estimation de l'aptitude au travail d'un porteur de pneumothorax artificiel. En outre, nous essaierons de préciser les conditions optima de cette reprise d'activité qui, prouvant la qualité remarquable de la collapsothérapie comme moyen thérapeutique de la tuberculose, rend à une vie sociale normale le tuberculeux, pour son plus grand bénéfice et pour celui de la collectivité.

CHAPITRE I

Etude statistique.

Notre étude se base sur 100 observations de porteurs de pneumothorax artificiel travaillant ou ayant travaillé.

86 concernent des porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral.

14 concernent des porteurs de pneumothorax artificiel bilatéral.

Les 14 observations de porteurs de pneumothorax artificiel bilatéral comprennent 8 observations de porteurs de pneumothorax artificiel tout d'abord unilatéral qui avaient déjà repris une activité avant l'établissement du second pneumothorax artificiel, et 6 observations de porteurs de pneumothorax artificiel bilatéral qui n'ont retravaillé qu'après l'institution des deux pneumothorax artificiels.

Nous devons donc étudier ensemble les 86 cas de pneumothorax artificiel unilatéral et les 8 cas de pneumothorax artificiel primitivement unilatéral, et bilatéralisé seulement secondairement à la reprise du travail ; ce qui porte à 94 le nombre de nos observations dans cette catégorie.

Ces 94 observations nous les avons classées selon l'état clinique que nous avons constaté actuellement chez ces sujets. Etat clinique que nous avons qualifié de bon lorsque l'épreuve du travail n'a causé aucune manifesta-

tion, de médiocre lorsque l'examen des sujets nous a révélé l'existence de troubles divers et de mauvais lorsque les troubles furent importants.

Nous avons obtenu de cette manière les chiffres suivants :

Etat clinique bon	72	(76 %)
Etat clinique médiocre	13	(14 %)
Etat clinique mauvais	9	(10 %)

et, au total, pour les cas « médiocre » et « mauvais » 22 soit : 24 %.

Cette façon de faire, qui nous a paru la plus commode, peut paraître arbitraire. Nous aurions pu classer nos observations en : cas ayant travaillé sans interruption, et cas ayant dû interrompre leur travail temporairement ou définitivement.

Nous aurions obtenu les chiffres suivants :

Travail sans interruption	72	(76 %)
Travail ayant été interrompu	22	(24 %)

ce qui se trouve donner exactement les mêmes nombres, et nous ne pensons pas que ce soit un hasard.

Ces chiffres, pour avoir toute leur valeur, ont besoin d'éléments de comparaison, car rien ne nous prouve que, étant donné la façon dont nos observations ont été recueillies, ils correspondent à la réalité des faits.

Dans ce but nous avons fait différentes recherches statistiques.

La meilleure aurait été celle qui aurait consisté à recueillir toutes les observations de pneumothorax artificiels ayant été créés en un temps donné, en un même lieu, et, après avoir retrouvé tous les sujets, à en dresser la statistique actuelle. Il est malheureusement absolument impossible de procéder de cette manière, les por-

teurs de pneumothorax artificiel ne tardant pas à se disséminer et souvent étant complètement perdus de vue.

Nous pensons avoir suppléé à cet inconvénient en établissant la statistique des porteurs de pneumothorax artificiel ayant travaillé dans certaines administrations qui ont très minutieusement organisé leur service médical particulièrement même en ce qui concerne la tuberculose.

Nous nous sommes tout d'abord adressé à l'admirable organisation que notre maître le Dr RIST a créée au dispensaire Léon Bourgeois, en 1923, pour les agents du personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance Publique à Paris.

Secondé par l'amabilité du médecin qui assume actuellement la lourde charge de ce service, le Dr ARNAUD, et par la bienveillance des assistantes sociales, nous avons pu consulter tous les dossiers de tous les agents qui, depuis 1923, ont été examinés, traités et suivis ; et connaître le nombre exact des cas de tuberculose, le nombre de pneumothorax artificiels qui ont été créés, le nombre de porteurs de pneumothorax artificiels réintégrés dans les cadres du personnel, le nombre de ceux qui ont pu travailler sans interruption ainsi que celui des rechutes et des décès. Les voici :

Cas de tuberculose.....	1.150
Pneumothorax artificiels créés	193
Porteurs de pneumothorax artificiel réintégrés.....	94
Ont travaillé sans interruption	74
Ont dû interrompre	13
Sont décédés	7

Par rapport au nombre de cas de tuberculose la proportion des pneumothorax artificiels est de 16,7 %.

Par rapport au nombre de pneumothorax artificiels la proportion de ceux qui ont retravaillé est de 48,6 %.

74 fois sur 94, soit dans la proportion de 78,7 %, l'épreuve du travail a été parfaitement bien supportée.

13 fois sur 94, soit dans la proportion de 13,8 %, le travail a dû être interrompu temporairement ou définitivement.

7 porteurs de pneumothorax artificiel (soit 7,4 %) qui avaient repris du travail sont décédés.

Ces deux derniers chiffres doivent être additionnés pour donner une idée exacte de la proportion des cas défavorablement influencés par l'épreuve du travail. Nous obtenons 20 soit 21,2 %.

En ce qui concerne plus particulièrement les décès, nous en avons relevé 31 chez les porteurs de pneumothorax artificiel soit 15,5 %. Les 7 décès survenus chez les sujets ayant retravaillé ne représentent pas le quart des décès totaux.

Cette étude nous montre en définitive que près de la moitié des porteurs de pneumothorax artificiel ont pu être réintégrés dans leur fonction et que dans la grande majorité des cas, 78,7 %, ils ont très bien supporté l'épreuve du travail.

M. L. BELLIERE qui a fait une étude très approfondie du dépistage, du contrôle, du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance Publique à Paris, constate également la bienfaisance du pneumothorax artificiel qui, quoique institué dans la minorité des cas de tuberculose (16,7 %) permet près de la moitié des guérisons, guérisons durables et solides puisque l'épreuve du travail, le meilleur test qui soit, le prouve.

Grâce à l'obligeance du Dr BRISSAUD nous avons pu faire une étude analogue dans une grande compagnie de chemin de fer dont il dirige le service médical.

Voici les renseignements que nous avons obtenus con-

cernant les agents tuberculeux, régulièrement suivis depuis 4 ans.

Cas de tuberculose.....	289
Nombre de pneumothorax artificiels créés.....	50
soit 17,4 % des cas de tuberculose.	
Porteurs de pneumothorax art. réintégrés.....	18
soit 36 % des pneumothorax artificiels.	
Ont travaillé sans interruption.....	13
soit 72 % des porteurs de pneumoth. art. réintégrés.	
Ont dû interrompre.....	5
soit 28 % des porteurs de pneumoth. art. réintégrés.	

Ces chiffres sont sensiblement comparables à ceux que nous avons trouvés précédemment. Ils sont un peu moins favorables sans doute, ce qui doit tenir probablement à la nature du travail effectué.

Nous avons cherché en outre à obtenir quelques renseignements sur la fréquence des reprises de travail en dehors des grandes administrations, travail de nature diverse, moins bien surveillé médicalement et plus comparable à celui des sujets que nous avons observés.

Dans ce but, nous avons fait le relevé des porteurs de pneumothorax artificiel qui, depuis 15 ans environ, viennent se faire réinsuffler le jeudi après-midi au dispensaire Léon Bourgeois.

Les chiffres sont les suivants :

Nombre de porteurs de pneumothorax art.....	502
Ont travaillé.....	154
soit 31 % des pneumothorax artificiels.	
Ont travaillé sans interruption.....	121
soit 79 % des pneumothorax art. ayant travaillé.	
Ont dû interrompre.....	33
soit 21 % des pneumothorax art. ayant travaillé.	

De ces trois études, nous pouvons, nous semble-t-il, conclure qu'en moyenne : 38 % des porteurs de pneumo-

thorax artificiel sont, au bout d'un temps variable, capables de reprendre une activité.

76 % supportent bien l'épreuve du travail ;

24 % sont incapables d'assumer régulièrement une activité

Ces chiffres correspondent exactement à ceux des sujets que nous avons observés.

Cette coïncidence parfaite peut, peut-être, paraître suspecte. Nous n'avions aucune idée préconçue en entreprenant ce travail, et l'avons conduit impartialement.

Nous nous proposons maintenant de dresser le tableau statistique complet des différents éléments que nous avons notés dans nos observations, en les classant en faits cliniques, faits propres au travail, faits sociaux, selon l'ordre chronologique.

Voici ce tableau qui nous permettra de connaître la fréquence et l'importance des manifestations consécutives à la reprise du travail et qui nous aidera à mettre en évidence l'influence particulière que peuvent avoir certains facteurs.

TABLEAU I.
PNEUMOTHORAX UNILATÉRAUX

Sauf pour le nombre de cas, les pourcentages sont calculés en reportant à 100, dans chaque catégorie, le chiffre trouvé.

	Etat clinique actuel									Total	
	Bon			Médiocre			Mauvais				
NOMBRE DE CAS	72	76	%	13	14	%	9	10	%	94	
Sexe :											
Hommes	41	74	%	9	18	%	6	11	%	56	
Femmes	31	81	%	4	10	%	3	8	%	38	
Age :											
Moins de 20 ans	2	2,7%					1	11 %		3	
De 20 à 35 ans	44	61	%	7	53	%	3	33	%	54	
De 35 à 50 ans	25	34,7%				6	47	%	5	55 %	36
Plus de 50 ans	1	1,3%								1	

	Etat clinique actuel												Total
	Bon			Médiocre			Mauvais						
<i>Antécédents de tuberculose :</i>													
Familiaux	19	26	%	4	31	%	2	44	%				25
Personnels	9	12	%	2	15	%	1	22	%				12
AVANT LE P. A.													
<i>Mode de début :</i>													
Insidieux	44	61	%	9	69	%	7	77	%				60
Aigu	28	39	%	4	31	%	2	22	%				34
<i>Côté des lésions :</i>													
Droite	41	57	%	6	47	%	5	55	%				52
Gauche	31	43	%	7	53	%	4	44	%				42
Bilatérales	12	17	%	4	31	%	3	33	%				16
<i>Type radiologique :</i>													
Tub. nodulaire localisée	9	12,5%		3	23	%	2	22	%				14
Tub. nodulaire diffuse	23	32	%	6	47	%	4	44	%				33
Tub. excavée	26	36	%	2	15,5%		2	22	%				30
Tub. pneumonique	13	18	%	2	15,5%		1	11	%				16
Tub. miliaire	1	1,3%											1
<i>Ancienneté de la maladie :</i>													
1 à 3 mois	18	25	%	5	38	%	3	33	%				26
3 à 6 mois	25	36	%	2	15,5%		2	22	%				29
6 mois à 1 an	15	21	%	2	15,5%		2	22	%				19
1 à 2 ans	9	12	%	3	23	%							12
2 à 4 ans	2	3	%				1	11	%				3
Plus de 4 ans	3	4	%	1	8	%	1	11	%				5
<i>Tendance évolutive :</i>													
Présence de B. K.	63	93	%	12	92	%	8	88	%				83
Présence de fièvre	39	54	%	7	53	%	7	77	%				53
Présence d'amaigrissement ...	44	61	%	8	61	%	7	77	%				59
Présence de S. F.	65	90	%	13	100	%	7	77	%				85
Présence de S. Ph.	67	93	%	13	100	%	9	99	%				89
Autre local. tub.	4	5,5%					1	11	%				5
LE P. A.													
<i>Création :</i>													
En salle	63	87	%	10	78	%	7	77	%				80
Ambulatoire	9	12	%	3	23	%	2	22	%				14
<i>Qualité :</i>													
Total	26	36	%	5	38	%	2	22	%				33
Bon partiel	18	25	%	4	31	%	6	66	%				28
Limité par brides	28	39	%	4	31	%	1	11	%				33

Etat clinique actuel							
Bon		Médiocre		Mauvais		Total	

Efficacité :

Sur les signes généraux	63	88 %	12	92 %	8	88 %	83
Sur les signes fonctionnels ...	67	93 %	12	92 %	7	77 %	86

Vitesse de disparition des B. K. :

1 à 3 mois.....	30	42 %	6	47 %	2	22 %	38
3 à 6 mois.....	21	29 %	5	38 %	2	22 %	28
6 mois à 1 an	14	19 %			2	22 %	16
1 à 2 ans.....	2	3 %	1	8 %	2		3
Non disparus					2	22 %	2
Jamais de B. K.	5	7 %	1	8 %	1	11 %	7

AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL.

Le P. A. :

Régulièrement insufflé	70	93 %	12	92 %	8	88 %	90
------------------------------	----	------	----	------	---	------	----

Complications :

Liquide	26	36 %	2	15 %	3	33 %	31
Déplacement	3	4 %					3
Tendance au recollement	6	8 %			1	11 %	7
Perforation.....					1	11 %	1

Etat du sujet :

Toujours bon	60	83 %	12	92 %	5	55 %	77
Troubles fonctionnels	5	7 %			3	33 %	8
Troubles généraux.....	12	17 %	1	8 %	3	33 %	16

Récidives :

Controlatérales.....			1	8 %	1	11 %	2
----------------------	--	--	---	-----	---	------	---

Traitement complémentaire :

Sanatorium.....	49	69 %	8	61 %	4	44 %	61
Section de brides.....	8	11 %			1	11 %	9
Phrénicectomie	1	1,3%	1	8 %			2
Sels d'or	3	4 %	1	8 %			4

DEPUIS LA REPRISE DU TRAVAIL .

Le P. A. :

Régulièrement entretenu	70	97 %	7	58 %	4	44 %	81
Arrêté	9	12 %	6	47 %	5	55 %	20
Repris			3	23 %			3

Complications :

Liquide	9	12 %	3	23 %	3	33 %	15
Déplacement	3	4 %	1	8 %			4
Tendance au recollement	3	4 %	3	23 %	1	11 %	7
Perforation.....					1	11 %	1

	Etat clinique actuel						Total
	Bon		Médiocre		Mauvais		
<i>Etat du sujet :</i>							
Toujours bon	59	82 %					59
Troubles fonctionnels	8	12 %	11	85 %	9	100 %	28
Troubles généraux.....	14	19 %	12	92 %	9	100 %	35
<i>Récidive :</i>							
<i>In situ</i>			3	23 %	4	44 %	7
Controlatérale	1	1,3%	7	53 %	7	77 %	16
Autre localis. tub.	1	1,3%			1	11 %	2
<i>Nécessité de P. A. double</i>			4	31 %	4	44 %	8
LE TRAVAIL.							
<i>Ancienneté du P. A. :</i>							
1 à 3 mois.....	3	4 %					3
3 à 6 mois.....	2	2,7%	2	15 %	1	11 %	5
6 mois à 1 an	25	35 %	7	54 %	4	44 %	36
1 à 2 ans.....	26	36 %	2	15 %	3	33 %	31
2 à 4 ans.....	15	21 %	2	15 %	1	11 %	18
Plus de 4 ans	1	1,3%					1
<i>Ancienneté de la disp. de B. K. :</i>							
Non disparus			1	8 %	3	33 %	4 4,2%
1 à 3 mois.....	3	4 %					3 3,1%
3 à 6 mois.....	2	2,5%	4	31 %	2	22 %	8 8,3%
6 mois à 1 an	18	25 %	3	23 %			21 22,3%
1 à 2 ans.....	28	39 %	3	23 %	2	22 %	33 35 %
Plus de 2 ans	16	22 %	1	8 %	1	11 %	18 19 %
Jamais de B. K.	5	7 %	1	8 %	1	11 %	7 7,4%
<i>Durée du travail :</i>							
6 mois à 1 an	14	19 %	3	23 %	3	33 %	20
1 à 2 ans.....	20	28 %	3	23 %	2	22 %	25
2 à 4 ans.....	27	36 %	5	38 %	2	22 %	34
Plus de 4 ans	11	15 %	2	15 %	2	22 %	15
<i>Métier :</i>							
Identique	58	81 %	8	62 %	9	100%	75
Nouveau	14	19 %	5	38 %			19
<i>Condition de reprise :</i>							
Autorisées	47	65 %	6	47 %	4	44 %	67
Déclarées	47	65 %	5	38 %	3	33 %	65
Progressives.....	44	61 %	4	31 %	4	44 %	52
Complètes.....	28	39 %	9	69 %	5	55 %	42

	Etat clinique actuel						Total
	Bon		Médiocre		Mauvais		
<i>Interruption du travail :</i>							
Temporaire	4	7	%	10	80	%	18
Définitive							4
<i>Travail avec B. K.</i>				4	31	%	10
SITUATION SOCIALE.							
<i>Célibataires</i>	28	39	%	5	38	%	
<i>Mariés :</i>							
Avant le P. A.	40	55	%	8	61	%	
Après le P. A.	4	5	%				
<i>Ayant des enfants</i>	25	35	%	6	47	%	
<i>Grossesses</i>	2	2,7	%				
<i>Ayant des parents à charge</i>	6	8	%				
<i>Conditions de vie :</i>							
Bonnes	66	92	%	8	61	%	
Mauvaises	6	8	%	5	38	%	
<i>Régularité de vie :</i>							
Vie régulière	60	83	%	6	47	%	
Vie irrégulière	12	17	%	7	53	%	

CHAPITRE II

Etude des faits observés concernant le travail effectué et le retentissement de celui-ci sur le pneumothorax artificiel et sur l'état clinique des sujets.

Les porteurs de pneumothorax artificiel que nous avons observés et qui tous se sont trouvés depuis plus ou moins longtemps replongés dans la vie active, peuvent être, en quelque sorte, considérés comme des sujets d'expérience.

Nous nous proposons d'étudier le travail qu'ils ont effectué, les conditions dans lesquelles celui-ci a été entrepris puis assuré, ainsi que les manifestations déclenchées par l'épreuve du travail concernant le pneumothorax artificiel lui-même et l'état clinique des sujets.

La statistique met en évidence la fréquence de ces manifestations ; l'étude des observations en montre la nature.

Ce travail d'analyse, un peu monotone, est indispensable à toute synthèse.

I. — Le travail.

1. LES PROFESSIONS.

Avant la maladie :

Travaux manuels 46 (dont 17 employés de chemin
de fer et 1 employé de
grande administration).

Employés de bureau	24	(dont 7 employés de chemin de fer et 5 employés de grande asministration).
Commerçants	6	
Domestiques	8	
Couturières	5	
Personnel hospitalier	8	

Après le pneumothorax artificiel :

Travaux manuels	39	(dont 16 employés de chemin de fer et 1 employé de grande administration).
Employés de bureau	23	(dont 8 employés de chemin de fer et 5 employés dans une grande administration).
Commerçants	9	
Domestiques	10	
Couturières	3	
Ménagères	2	
Personnel hospitalier	8	

Telles ont été les diverses professions remplies par les sujets que nous avons observés. Nous envisagerons ultérieurement l'influence que le travail a eu par lui-même sur le pneumothorax artificiel et sur l'état clinique des sujets selon les conditions dans lesquelles il a été rempli et l'importance de l'effort qu'il demandait.

Nous notons que la proportion des professions calmes et sédentaires est plus grande après pneumothorax artificiel au détriment des métiers manuels.

2. CHANGEMENT DE PROFESSION.

Lors de la reprise de leur activité, les porteurs de pneumothorax artificiel ont 76 fois repris le même travail qu'auparavant ; 18 fois ils en ont choisi un nouveau.

Ce dernier chiffre est faible. Dans bien des cas le porteur de pneumothorax artificiel aurait bénéficié d'une

orientation professionnelle nouvelle ; particulièrement nous semble-t-il dans les cas actuellement en mauvais état clinique (obs. 9, 27, 34, 44, 48, 61, 67, 97, etc.), mais ces cas sont précisément ceux qui n'ont pas demandé de conseils et de directives.

Les sujets qui ont changé de profession ont presque tous abandonné un travail manuel, demandant un réel effort physique, en faveur d'une occupation plus calme et sédentaire. Les femmes se sont simplement occupées de leur ménage (obs. 6, 7, 12), de couture et de mode (obs. 6, 15, 20), ou de commerce (obs. 17). Les hommes ont repris un travail de bureau (obs. 32, 52, 56, 63), ou de commerce (obs. 47 et 49).

Ainsi que l'a remarqué M. COURCOUX, ce sont surtout les jeunes qui ont changé de profession, ce qui s'explique par des raisons d'ordre psychologique, matériel et social.

3. AUTORISATION MÉDICALE.

57 fois sur 94, avant de reprendre une occupation, le sujet a demandé une autorisation médicale.

Ainsi donc, dans plus de la moitié des cas (60 %), la décision de la reprise d'une activité a-t-elle été laissée à l'autorité médicale.

L'étude de notre statistique nous montre même que la proportion est plus forte encore dans les cas actuellement en bon état (65 %) que dans les autres (47 % et 44 %) ; fait qui prouve amplement combien nécessaire est l'appréciation par le phtisiologue de l'état clinique du porteur de pneumothorax artificiel, au moment où celui-ci désire retravailler.

4. DÉCLARATION DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL A L'EMPLOYEUR.

58 fois, soit dans la proportion de 59 %, le porteur de pneumothorax artificiel a déclaré son état à son em-

ployeur. Ce fait a, pensons-nous, une très grande importance, car non seulement il a permis que, dans presque la majorité des cas, la reprise du travail soit progressive et se fasse dans de bonnes conditions, mais encore que le sujet puisse obtenir régulièrement l'heure de congé nécessaire pour venir faire réinsuffler son pneumothorax artificiel.

L'étude des observations 67 et 97, observations de sujets qui n'avaient pas déclaré à leur patron leur situation, illustre ce fait.

L'observation 67 est celle d'un valet de chambre qui n'a, à part le dimanche, qu'un seul après-midi de congé par mois et ne peut se faire réinsuffler aussi souvent qu'il serait nécessaire. Son poumon, mal collabé, continue à présenter des lésions évolutives qui se traduisent par des expectorations bacillifères et un état clinique mauvais.

L'observation 97 est celle d'un camionneur, qui, ayant retravaillé intensément, beaucoup trop tôt et sans précaution, a présenté par la suite une tuberculose aiguë généralisée, consécutive aux imprudences commises.

5. DURÉE DU TRAVAIL.

Tous les sujets que nous avons examinés, ont travaillé plus de 6 mois ; 20 durant une période de 6 mois à 1 an ; 25 durant une période de 1 à 2 ans ; 34 durant une période de 2 à 4 ans et 15 plus de 4 ans.

La statistique nous montre que la proportion des cas dans chacune des catégories envisagées est comparable. Ainsi donc, quel que soit l'état clinique actuel, tous les porteurs de pneumothorax artificiel que nous avons observés ont travaillé pendant une période suffisamment longue pour que l'épreuve du travail puisse être valablement jugée.

6. INTERRUPTION DU TRAVAIL.

19 fois le travail a dû être interrompu temporairement à cause de troubles généraux ou fonctionnels.

4 fois il a dû l'être définitivement.

La proportion des interruptions de travail est donc relativement forte (20 %). Elle a naturellement son maximum dans les catégories des cas actuellement médiocres ou mauvais ; cette dernière catégorie étant en plus la seule à contenir les interruptions définitives.

Cette constatation n'a rien d'étonnant.

Il est cependant intéressant de connaître de plus près la durée des interruptions temporaires du travail et, dans ce cas, la nature de celui-ci, car elles permettent, en une certaine mesure, de juger de la capacité de travail des porteurs de pneumothorax artificiel.

Ainsi, dans la catégorie des cas actuellement en bon état clinique, nous ne trouvons que des femmes.

2 infirmières (obs. 75 et 79) qui ont dû prendre 2 fois, 2 mois de congé supplémentaire ; et 2 commerçantes (obs. 3 et 6), dont l'une travaille très irrégulièrement et dont l'autre a dû se reposer pendant 5 mois et a ensuite changé de métier.

Dans la seconde catégorie, 10 sur 13 ont dû interrompre temporairement leur travail. Il s'agit : de 4 travailleurs manuels (obs. 27, 29, 34, 60), qui ont dû interrompre leur travail longtemps (8 mois à 4 ans), à la suite de manifestations sérieuses de tuberculose évolutive ; d'une ouvreuse de théâtre (obs. 18), qui s'est surmenée chez elle ; d'une employée de grande administration (obs. 87) qui, à deux reprises, a dû être remise en congé temporairement ; d'un commerçant (obs. 89), qui a dû consolider son état par une cure sanatoriale de 6 mois ; d'une infirmière (obs. 77), qui a dû se reposer pendant 10 mois ; et d'un

garçon de café (obs. 44) qui, ayant travaillé sans précaution et étant de plus alcoolique, a fait une tuberculose controlatérale qui a nécessité la bilatéralisation du pneumothorax artificiel.

Dans la dernière catégorie, 4 sur 9 ont interrompu temporairement.

Ce sont : une travailleuse manuelle (obs. 9) qui, travaillant dans de très mauvaises conditions, a dû s'arrêter fréquemment ; deux employés de bureau (obs. 48 et 100) qui retravaillent actuellement après avoir dû prendre de nombreux congés, et un cheminot (obs. 99) qui, éprouvé par un travail trop intense, a dû retourner au sanatorium et, par la suite, n'a même pas supporté un travail très modéré.

Nous avons relevé 10 cas de porteurs de pneumothorax artificiel qui ont travaillé tout en présentant des expectorations bacillifères (obs. 9, 27, 48, 44, 61, 63, 67, 89, 90, 99).

Ainsi, assez fréquemment les porteurs de pneumothorax artificiel travaillant malgré un état clinique médiocre ou mauvais, ont-ils constitué un réel danger de contamination.

II. — Manifestations concernant le pneumothorax artificiel consécutives à la reprise du travail.

1. LA RÉGULARITÉ DES INSUFFLATIONS.

Elle est une condition indispensable d'efficacité du pneumothorax artificiel. Un retard, même peu important, peut suffire à troubler définitivement les résultats de la collapsothérapie.

82 porteurs de pneumothorax artificiel sur 94, se sont fait très régulièrement insuffler. Nous notons que 10 sur

12 des autres sujets se répartissent actuellement dans les catégories des cas médiocres (6) et mauvais (4).

Ainsi dans la grande majorité des cas le travail n'est pas venu perturber la régularité des insufflations.

2. CESSATION DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

16 de nos sujets ont semblé présenter une consolidation telle de leurs lésions initiales, et avaient si bien supporté l'épreuve du travail, que la cessation du pneumothorax artificiel a été décidée.

7 se sont maintenus en excellent état clinique.

3 ont présenté des évolutions tuberculeuses *in situ*, qui ont nécessité la reprise du pneumothorax artificiel (obs. 34, 55, 63).

3 ont présenté une tuberculose controlatérale dont 2 ont été traités par un deuxième pneumothorax artificiel (obs. 44, 78).

2 fois se sont manifestées de hémoptysies dont 1 (obs. 77) accompagnée de troubles généraux et l'autre (obs. 32) sans autres troubles.

1 a présenté ultérieurement (obs. 61) une pleurésie controlatérale.

2 autres de nos sujets ont abandonné d'eux-mêmes leur pneumothorax artificiel. Dans un cas (obs. 67) la tuberculose a suivi son cours. Dans d'autres (obs. 90) des lésions micro-nodulaires bilatérales se sont développées.

Dans un cas enfin, un épanchement puriforme est venu mettre fin aux insufflations (obs. 100).

Ces cas dans les trois catégories que nous avons envisagées se répartissent de la façon suivante :

Dans la première catégorie (état bon) 9 cas (obs. 23, 32, 43, 79, 80, 81, 86, 91, 96), le pneumothorax artificiel avait duré un an (obs. 81) ; 3 ans (obs. 43) ; 4 ans (obs. 23, 32, 80, 91) ; 5 ans (obs. 79, 86, 96).

Dans tous les cas c'est l'autorité médicale qui a décidé de l'arrêt du pneumothorax artificiel.

Dans la seconde catégorie (état médiocre) 5 cas (obs. 34, 44, 55, 63, 67) le pneumothorax artificiel avait duré 2 ans (obs. 44) ; 3 ans (obs. 34 et 77) ; 4 ans (obs. 55 et 63). Là encore c'est l'autorité médicale qui a toujours décidé de l'arrêt du pneumothorax artificiel.

Une fois (obs. 77) des hémoptysies fébriles, mais non bacillifères se sont produites.

Une fois (obs. 44) une tuberculose controlatérale s'est déclenchée 3 mois après l'arrêt du pneumothorax artificiel et a nécessité un deuxième pneumothorax artificiel.

3 fois il a fallu reprendre le pneumothorax artificiel (obs. 34, 55, 63) à cause d'une récurrence *in situ* ; cela a été facile et efficace.

Dans la troisième catégorie (état mauvais) 5 cas (obs. 61, 67, 78, 90, 100) le pneumothorax artificiel avait duré 1 an (obs. 100) ; 2 ans (obs. 67) ; 3 ans (obs. 61 et 90) ; 4 ans (obs. 78).

2 fois seulement le pneumothorax artificiel avait été interrompu par l'autorité médicale (obs. 61 et 78) ; 2 fois il a été abandonné par le sujet (obs. 67, 90) ; 1 fois à cause d'un épanchement puriforme (100).

2 fois la tuberculose a suivi son cours (obs. 67, 100).

3 fois une bilatéralisation est survenue (obs. 61, 78, 90). Ce sont : une pleurésie (obs. 61) ; une tuberculose micro-nodulaire bilatérale (obs. 90) ; une tuberculose controlatérale (obs. 78) que l'on a traitée par un deuxième pneumothorax artificiel.

Nous constatons que, dans les cas actuellement médiocres ou mauvais, la durée moyenne d'entretien du pneumothorax artificiel a été nettement inférieure à celle des cas en bon état clinique.

La majorité des auteurs disent que le pneumothorax

artificiel doit être entretenu au moins 4 ans après la disparition durable des bacilles des expectorations, si l'on veut avoir le maximum de chances d'obtenir une guérison durable.

Nos observations vérifient une fois de plus cette assertion.

3. LES COMPLICATIONS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL CONSÉCUTIVES A LA REPRISE DU TRAVAIL.

Les complications que nous avons rencontrées chez nos malades ont été : 15 fois des épanchements liquides ; 4 fois un déplacement plus ou moins marqué des organes du médiastin ; 7 fois une tendance rapide à la décompression.

Les épanchements liquides ont été plus fréquents chez les sujets en état actuellement médiocre, 23 % (obs. 18, 29, 87) et mauvais, 33 % (obs. 9, 48, 100) que chez les sujets actuellement en bon état, 9 %.

Ils n'ont eu par eux-mêmes d'autre effet que celui de déterminer des troubles généraux passagers nécessitant une interruption temporaire du travail, sauf dans un cas (obs. 100), où le liquide devenu puriforme se reproduisant sans cesse a mis définitivement fin aux insufflations et, en outre, a ensemencé la paroi et causé plusieurs abcès froids fistulisés.

Le déplacement des organes du médiastin (obs. 29), a déterminé de la dyspnée. En même temps, coïncidence simple probablement, s'est déclenchée une tuberculose controlatérale.

La tendance rapide à la résorption du gaz dépend certainement de la reprise du travail qui, par la plus grande activité des échanges qu'il détermine, favorise la résorption accélérée du gaz contenu dans la plèvre. Ce fait, si les insufflations peuvent être fréquentes, n'a pas grande im-

portance. Cela a été le cas des trois sujets actuellement en bon état qui ont présenté ce phénomène.

Chez les autres sujets (obs. 44, 90), cette tendance a été deux fois la cause de l'interruption du pneumothorax artificiel ; une fois, le malade, ayant négligé pendant 1 mois de se faire insuffler (obs. 90) une symphyse s'est établie ; une autre fois (obs. 44), la résorption rapide du gaz a tellement compliqué les réinsufflations qu'on a décidé d'interrompre le pneumothorax artificiel qui, du reste, n'était pas efficace.

Une fois la résorption rapide du gaz a déterminé des troubles généraux avec hémoptysies (obs. 57).

Une autre fois elle a contraint le sujet à interrompre son travail temporairement (obs. 87).

III. — Manifestations cliniques consécutives à la reprise du travail.

Les manifestations cliniques que nous avons constatées chez les porteurs de pneumothorax artificiel qui ont subi l'épreuve du travail, ont concerné leur état général, leur comportement fonctionnel et, en ce qui regarde plus particulièrement la maladie elle-même, ont consisté en épisodes évolutifs *in situ*, controlatéraux, ou extrapulmonaires.

1. TROUBLES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX.

Les troubles fonctionnels et généraux qu'ont présentés les porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral, à la suite du travail, ont été, tantôt en rapport avec une nouvelle évolution tuberculeuse et alors ils ne présentent rien de particulièrement intéressant en eux-mêmes, tantôt ils ont été isolés. Parmi ceux-ci, 2 ont retenu notre attention : ce sont les dyspnées et l'amaigrissement.

Ces cas ne se rencontrent que dans les catégories des sujets actuellement en bon état clinique ; aussi, contrairement à ce que nous avons fait jusqu'à présent, ce sont eux que nous étudierons.

La dyspnée se déclare à l'effort et n'est parfois manifeste qu'après les insufflations.

Les observations nous montrent que dans 2 cas elle était due au refoulement du médiastin (obs. 51, 96), refoulement parfois tel (obs. 51) que l'hémithorax était complètement vide, la poche d'air faisait même hernie du côté opposé. Un tel collapsus était cependant nécessaire pour être efficace ; deux autres (obs. 79 et 81) avaient pour cause un épanchement de liquide important qui a fait interrompre les insufflations.

Les dyspnées consécutives seulement aux insufflations, présentent moins d'inconvénients (obs. 12 et 16).

La présence de ces dyspnées se déclenchant à tout effort constitue une incapacité de travail partiel, de travail manuel surtout.

Nous étudierons plus loin quelques caractères particuliers de la respiration d'effort chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

L'amaigrissement, ou tout au moins le maintien d'un poids stationnaire est bien connu au cours du pneumothorax artificiel.

VÉRAN signale dans sa thèse 18 % de porteurs de pneumothorax artificiel interrompus qui augmentent alors nettement de poids.

MM. ROGER et BINET ont pensé que ce fait est dû à la suppression partielle par le pneumothorax artificiel des fonctions lipodérétiques.

Nous avons recueilli 8 observations (obs. 2, 11, 15, 20, 22, 36, 49, 62) de cas qui n'avaient pas repris de poids et qui, depuis la reprise du travail, ont maigri.

Ce fait confirme peut-être l'hypothèse de MM. ROGER

et BINET puisque le travail demande un ajustement plus parfait encore des fonctions du poumon.

La décompression partielle du moignon, facilitant la circulation pulmonaire, permet parfois une augmentation de poids ; ce fait concorde également avec la théorie précédente.

Ainsi donc une perte de poids, qu'aucune manifestation évolutive n'explique, ne prouve pas qu'un porteur de pneumothorax artificiel ne puisse supporter le travail. Toutefois ce travail devra demander le minimum d'effort physique.

Les hémoptysies présentées par les porteurs de pneumothorax artificiel ont des caractères et une valeur pronostic variable selon les cas. M. SERGENT a fait une étude approfondie de cette question et montré que l'importance que l'on doit attribuer aux hémoptysies dépend plus du cortège clinique qui les accompagnent que des hémoptysies elles-mêmes.

Nous relevons deux cas dans lesquels des hémoptysies sont en relation étroite avec le travail effectué par le sujet. L'un (obs. 97) a fait à la suite d'un effort inconsidéré une hémoptysie qui a été le début d'une tuberculose granulique de marche rapide ; l'autre (obs. 98) a présenté pendant une désinsufflation une hémoptysie foudroyante mortelle.

2. RÉCIDIVES « IN SITU ».

Toutes les récidives *in situ* que nous avons observées consécutivement à la reprise du travail se classent dans les catégories de cas actuellement en état clinique médiocre (obs. 34, 55, 63) et mauvais (obs. 61, 90, 97, 99).

L'étude des observations nous en montre la nature et les circonstances.

Dans la seconde catégorie ces manifestations se sont

déclarées 1 fois après 3 ans et demi de travail (obs. 55) ; 2 fois après 4 ans de travail (obs. 43 et 63). Il s'agissait 2 fois de travail manuel, 1 fois de travail de bureau (obs. 55).

Dans les trois cas, le pneumothorax artificiel avait été interrompu délibérément par l'autorité médicale, la guérison semblant suffisamment consolidée. Les accidents sont survenus 2 mois après la cessation du pneumothorax artificiel (obs. 55) ; 1 an et demi après (obs. 34) et 2 ans (obs. 63).

Ils ont consisté les 3 fois, en hémoptysies, dont 2 bacillifères (obs. 34 et 63) ; 2 fois ils se sont accompagnés de fièvre et de troubles généraux (même cas).

Les clichés nous ont montré qu'il s'agissait 2 fois de condensation homogène, l'une limitée à l'apex (obs. 34), l'autre à la scissure supérieure (obs. 63) ; une fois (obs. 55) de taches micro-nodulaires localisées mais bilatérales.

Dans les 3 cas la reprise du pneumothorax artificiel a été possible ; elle s'est montrée immédiatement efficace.

Dans la dernière catégorie les troubles se sont déclarés 7 mois après la reprise du travail (obs. 97) ; 1 an après (obs. 81) ; 2 ans et demi après (obs. 99) ; 3 ans et quart après (obs. 90). Il s'agissait 3 fois de travail manuel et 1 fois de travail en bureau (obs. 61).

1 fois le pneumothorax artificiel avait été toujours insuffisant (obs. 61) ; 1 fois le sujet ne venant pas régulièrement se faire insuffler a laissé son pneumothorax artificiel se résorber et une symphyse s'est constituée (obs. 90) l'évolution *in situ* s'est déclarée 2 mois plus tard.

Dans les 2 autres cas le pneumothorax artificiel a été régulièrement insufflé (obs. 97 et 99), mais un travail excessif a déclenché la récurrence.

Cliniquement ces accidents se sont manifestés par une hémoptysie avec bacilles de Koch, suite d'effort

(obs. 97), accompagnée de troubles généraux ; et 3 fois par des troubles généraux, fièvre, amaigrissement, et réapparition des bacilles de Koch dans les expectorations.

Radiologiquement il s'agissait de lésions micro-nodulaires diffuses et bilatérales (obs. 90 et 97) ; de taches localisées (obs. 99) mais avec évolution contralatérale, de taches diffuses (obs. 61).

Dans les 4 cas la maladie a suivi son cours, l'un est décédé (obs. 97) ; les 3 autres ont abandonné définitivement tout travail.

3. TUBERCULOSE CONTRALATÉRALE.

La statistique nous en montre le nombre et la répartition.

Etat actuel bon.....	1
Etat actuel médiocre.....	7
Etat actuel mauvais.....	7

Dans la première catégorie la tuberculose contralatérale a donc été extrêmement rare 1,3 % (obs. 75).

Elle s'est déclarée 1 an 1/2 après la reprise du travail, il s'agissait d'une infirmière.

Cet épisode s'est traduit par quelques troubles généraux et à la radiographie par l'apparition de quelques taches à la base du poumon.

Le pneumothorax artificiel n'a pas été modifié. La malade s'est reposée puis mariée et actuellement ne travaille pas.

Dans la deuxième catégorie la tuberculose contralatérale a été beaucoup plus fréquente 53 % : 7 cas (obs. 19, 27, 29, 34, 55, 44, 60).

Elle s'est déclarée 6 mois après la reprise du travail (obs. 60) ; 1 an 1/2 (obs. 29) ; 2 ans (obs. 27 et 44) ; 3 ans (obs. 34 et 19) ; 3 ans 1/2 (obs. 55).

Il s'agissait 3 fois de travail manuel (obs. 27, 34, 60) ; 2 fois de travail de bureau (obs. 29 et 55) ; 1 fois d'un garçon de café (obs. 44) ; 1 fois d'une ouvreuse (obs. 19).

3 fois le pneumothorax artificiel antérieur était arrêté (obs. 34, 44, 55).

Cliniquement la poussée évolutive s'est traduite par la réapparition de signes généraux, 6 fois sur 7 (obs. 19, 27, 29, 34, 44, 60) de signes fonctionnels et d'expectorations baccillifères, sauf dans un cas (obs. 55) qui a été par ailleurs le seul à présenter des hémoptysies.

Radiologiquement, ces manifestations ont été caractérisées par : 4 fois des condensations, plus ou moins homogènes, localisées (obs. 27, 29, 34, 44) et 3 fois de petites taches localisées (obs. 19, 55, 60).

Dans un seul cas (obs. 55) la poussée évolutive a été bilatérale.

3 de ces cas (obs. 19, 27, 60) avaient dans la période initiale de leur maladie présenté des lésions plus ou moins bilatérales d'emblée.

Un nouveau pneumothorax artificiel a été établi 4 fois (obs. 19, 27, 34, 44), nous en étudierons plus loin les résultats.

Dans la troisième catégorie, la tuberculose controlatérale a été encore plus fréquente (88 %).

Elle a débuté 3 fois, 6 mois après la reprise du travail (obs. 9, 78, 97) ; une fois, un an après (obs. 61) ; 3 fois, 2 ans 1/2 après (obs. 48, 90, 99).

Il s'agissait de 4 travailleurs manuels (obs. 9, 90, 97, 99) ; de 2 employés de bureau (obs. 48, 61) et d'une infirmière (obs. 78).

Deux fois le pneumothorax artificiel antérieur était arrêté (obs. 78, 90). La poussée évolutive, controlatérale, s'est ici régulièrement accompagnée de troubles généraux, de troubles fonctionnels et de bacilles dans les

expectorations. Dans un cas (obs. 97), elle a débuté par des hémoptysies.

Sur les clichés ces manifestations se sont traduites par :

3 fois de petites taches localisées (obs. 48, 78, 99).

1 fois une lobite supérieure droite (obs. 9).

1 fois des taches nodulaires diffuses (obs. 97).

1 fois des taches micro-nodulaires (obs. 90).

1 fois une image pleuro-pulmonaire (obs. 61).

Dans 4 cas (obs. 61, 90, 97, 99) la poussée évolutive a été bilatérale.

Nous notons que dans 3 cas (obs. 9, 90, 99) il s'agissait du réveil de lésions anciennes déjà constatées au début de la maladie.

Un nouveau pneumothorax artificiel a été établi 4 fois (obs. 9, 48, 78, 97).

4. TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE.

Nous n'avons constaté, chez nos porteurs de pneumothorax artificiel ayant subi l'épreuve du travail, que 2 cas de tuberculose extra-pulmonaire déclarée après la reprise du travail.

Il s'agit dans les 2 cas, d'abcès froids fistulisés de la paroi thoracique, consécutifs à une ponction de liquide puriforme.

L'un des sujets (obs. 39) est actuellement en bon état clinique, quoique son abcès soit toujours évolutif.

L'autre (obs. 100) est en mauvais état clinique. Ce cas présente ceci de particulier que, quoique la malade ait présenté une lobite supérieure gauche indubitablement tuberculeuse, on n'a jamais trouvé de bacilles dans ses expectorations, ni même dans le liquide qui a ensemencé la paroi, que ce soit à l'examen direct, à l'homogénéisation ou à l'inoculation.

Nous avons pu, en recueillant le pus de cet abcès, mettre en évidence la présence de bacilles de Koch virulents de type humain par inoculation à des cobayes, traités par l'extrait acétonique selon la méthode de M. L. NÈGRE.

CHAPITRE III

Etude de différents facteurs.

L'état clinique actuel des porteurs de pneumothorax artificiels unilatéraux, qui ont subi l'épreuve du travail, état selon lequel nous avons classé nos observations afin de dresser un tableau statistique, nous semble avoir été l'influence de trois ordres de facteurs.

Ce sont :

- les facteurs d'ordre clinique,
- les facteurs propres au travail effectué,
- les facteurs sociaux.

Nous nous proposons d'étudier maintenant, d'après les données de la statistique, l'action particulière que peuvent avoir ces facteurs ; et, en nous reportant aux observations afin d'obtenir tous les détails nécessaires, nous chercherons à connaître de quelle façon ils s'enchaînent ou s'associent pour agir sur l'état clinique actuel des sujets.

L'enchaînement des faits successifs est des plus important à connaître, car seul il nous permet de juger *dans le temps* de l'ensemble des éléments de pronostic dont chacun, pris isolément, ne saurait avoir une valeur complète en lui-même. Car ce n'est que dans le temps que, ainsi que l'ont récemment encore montré : MM. R. MIGNOT et H. MOLLARD, nous sommes à même actuellement de juger la tuberculose.

Cet enchaînement des faits, nous nous efforcerons donc de le mettre en évidence au cours de l'étude de chacun des facteurs que nous avons envisagés, quoique seule, chaque observation en particulier puisse en donner une idée exacte.

Nous espérons pouvoir ainsi déceler d'une façon assez approfondie ce que l'observation de 94 cas de porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral ayant retravaillé peut nous enseigner, et par là, dégager ce qui, au point de vue pratique, peut guider le clinicien dans l'appréciation des divers éléments de pronostic qui, au moment où la reprise du travail se trouve être soit nécessaire, soit indiquée, lui permettront de conseiller et de guider le porteur de pneumothorax artificiel.

I. — Facteurs cliniques.

1. INFLUENCE DU SEXE.

Nous avons recueilli les observations de 56 hommes et 38 femmes.

Le mode de recrutement de ces observations ne nous permet pas d'établir un rapport entre ces deux nombres ; mais, en faisant toutefois la même réserve que celle que nous avons faite lors de la statistique générale, nous pouvons, dans chacune de ces deux catégories, et comme s'il s'agissait de deux statistiques distinctes, envisager le pourcentage respectif des états cliniques actuellement satisfaisants, médiocres, et mauvais, d'une façon suffisamment approximative.

Cette recherche nous indique :

Hommes.

Etat actuel bon.....	72 %
Etat actuel médiocre.....	18 %
Etat actuel mauvais.....	10 %

Femmes.

Etat actuel bon.....	82 %
Etat actuel médiocre.....	10 %
Etat actuel mauvais.....	8 %

Ce qui montre que la proportion des cas actuellement médiocres ou mauvais est plus importante chez l'homme que chez la femme.

Cette constatation ne s'accorde pas avec les statistiques de MM. RIST et HIRSCHBERG, NAVEAU portant sur la gravité de la tuberculose et l'efficacité du pneumothorax artificiel selon le sexe.

Dans les cas qui nous occupent nous pensons que ce fait tient surtout à la nature du travail effectué et des conditions dans lesquelles celui-ci est fait.

L'étude des observations nous montre, en effet, que, au point de vue clinique, chez les porteurs de pneumothorax artificiel qui travaillent, l'histoire initiale de la maladie, les conditions dans lesquelles le pneumothorax artificiel a été créé, son efficacité, ainsi que la nature des accidents qui se sont développés après la reprise du travail, sont sensiblement identiques chez les hommes et chez les femmes ; pour les hommes et pour les femmes les pourcentages respectifs des différents facteurs cliniques étudiés dans notre tableau sont, en effet, quasiment superposables.

Par contre, et c'est ce qui explique la différence des résultats cliniques actuels, nous notons que les différents métiers exercés par les femmes que nous avons observées demandent certainement un effort physique très inférieur à ceux exercés par les hommes. Ce sont généralement des métiers sédentaires et réguliers. Nous avons relevé : 7 employées de bureau, 5 domestiques, 5 commerçantes, 4 couturières, 3 ménagères, 3 faisant différents

travaux manuels, 2 ouvreuses de théâtre, et 2 ouvrières en usine.

En outre, en nous attachant de plus près à l'étude de la profession qu'ont exercée les femmes dont l'état actuel est médiocre ou mauvais, nous constatons qu'une seule (obs. 9) faisait un travail manuel fatigant (rempaillage de chaises) dans de mauvaises conditions et 2 le métier d'ouvreuses de théâtre, travail difficilement conciliable avec une vie saine et régulière ; ce qui montre que la fatigue due au travail est intervenue assez rarement (3 fois sur 18).

Ce sont les hommes qui exercent les métiers les plus fatigants, et ceci explique que leur état soit plus souvent que celui des femmes, défavorablement influencé par le travail.

Par contre, nous notons que l'importance des facteurs sociaux et psychologiques est beaucoup plus évidente chez les femmes. Cette constatation s'accorde avec celle de MM. RIST et HAUTEFEUILLE.

Le surcroît de travail que demandent les soins du ménage en plus de l'occupation journalière est certainement intervenu dans un sens défavorable deux fois (obs. 9 et 19).

Les charges de famille contraignant la femme à reprendre une activité sont intervenues dans le même sens (obs. 100).

Sans parler du déséquilibre périodique que détermine la menstruation et dont l'importance, ainsi que l'a montré M. COULAUD, même en dehors de toute activité sociale surajoutée, est considérable, nous relevons un cas de grossesse (obs. 78) qui a certainement contribué à l'éclosion d'une tuberculose controlatérale.

Le facteur psychologique joue un rôle non moins considérable. Nous avons constaté deux fois (obs. 9 et 77) une incompréhension des règles d'hygiène et de régularité

de vie qui a eu pour conséquence un surmenage désastreux.

Quant au facteur sentimental, il est presque exclusivement l'apanage de la femme. Plusieurs fois des soucis (obs. 2 et 15), des déceptions (obs. 3), des aventures sentimentales sont venus perturber la régularité des insufflations, troubler l'ordre du travail, influencer sur l'état général (obs. 15), parfois semble-t-il déclencher une poussée de liquide.

En résumé, il ressort de cette étude que, pour les hommes, c'est le travail qui joue principalement le rôle de facteur défavorable, tandis que pour les femmes ce sont les facteurs sociaux et psychologiques qui, se surajoutant à des occupations qui sembleraient autrement bien supportées, viennent compromettre les résultats de la colapsothérapie.

2. INFLUENCE DE L'ÂGE.

L'âge des sujets qu'il nous a été donné d'examiner varie entre 18 et 63 ans.

3 sont âgés de moins de 20 ans.
56 de 20 à 35 ans.
34 de 35 à 50 ans.
et 1 seulement de plus de 50 ans.

En classant ces observations selon l'état clinique actuel, et dans chacune des trois catégories en comparant à 100 cas semblables les nombres obtenus, nous constatons que le maximum des cas satisfaisants se situe entre 20 et 35 ans, celui des cas médiocres également entre 20 et 35 ans, celui des cas mauvais entre 35 et 50 ans.

L'épreuve du travail semble donc plus difficilement supportée après 35 ans. Cette opinion est fortifiée par le fait que le pourcentage des cas médiocres entre 35 et

50 ans (44,5 %) est supérieur à celui des cas satisfaisants (34,7 %).

En nous reportant aux observations, nous voyons que l'âge ne semble pas avoir d'influence sur l'histoire initiale de la maladie, sur le siège et le caractère anatomique des lésions non plus que sur leur ancienneté ou leur tendance évolutive.

Au point de vue de l'efficacité du pneumothorax artificiel, il est à noter que le plus grand nombre des cas médiocres se rencontre précisément chez les sujets âgés (obs. 61, 67, 89, 94, 100).

Ces constatations s'accordent avec celles de NAVEAU, DUMAREST, RIST et HIRSCHBERG ainsi que celles de la thèse de VÉRAN qui prouvent que c'est chez les sujets âgés de 18 à 40 ans que la collapsothérapie produit les plus beaux résultats.

La discrimination apportée par l'épreuve du travail renforce donc la statistique générale des résultats du pneumothorax artificiel.

Chez les sujets d'âge supérieur à 35 ans, c'est bien le fait même de travailler qui intervient, car, par ailleurs, nos observations nous montrent que les facteurs sociaux et psychologiques sont ici secondaires, tandis qu'ils ont leur maximum de fréquence entre 20 et 35 ans.

La nature même du travail ne semble pas intervenir particulièrement puisque, même dans les cas actuellement en état clinique médiocre ou mauvais, le travail ne demande pas d'effort physique considérable (obs. 55, 64, 67, 89, 100).

En conclusion, le travail intervient certainement d'une façon plus défavorable chez les sujets âgés ; aussi devra-t-il être entrepris avec prudence et fait dans des conditions optima.

3. INFLUENCE DES ANTÉCÉDENTS DE TUBERCULOSE.

L'influence des antécédents de tuberculose est intéressante à étudier. On peut admettre en effet que l'existence d'antécédents personnels ou familiaux dénote, jusqu'à un certain point, une disposition particulière du terrain du sujet au développement de la tuberculose.

Notre statistique nous montre que sur 94 cas de pneumothorax artificiels unilatéraux ayant travaillé, 35 présentaient des antécédents personnels ou familiaux certains de tuberculose, et nous notons qu'ils sont nettement plus fréquents chez les sujets qui présentent actuellement un état médiocre ou mauvais.

Etat clinique bon :

Antécédents	{ personnels, 9 cas.....	12 %
	{ familiaux, 19 cas.....	26 %

Etat clinique médiocre :

Antécédents	{ personnels, 2 cas.....	15 %
	{ familiaux, 4 cas.....	31 %

Etat clinique mauvais :

Antécédents	{ personnels, 1 cas.....	22 %
	{ familiaux, 2 cas.....	44 %

Ainsi donc, dans l'appréciation de l'état de résistance du sujet, il semble qu'il y ait intérêt à rechercher ses antécédents personnels ou familiaux de tuberculose.

4. INFLUENCE DU MODE DE DÉBUT DE LA MALADIE.

Selon l'allure clinique que la maladie a revêtue dans sa première période, nous avons classé nos observations en mode de début progressif et mode de début aigu.

Ainsi dans la première catégorie entrent tous les cas

dont l'histoire clinique initiale est représentée par des symptômes atténués et insidieux, qu'il s'agisse de troubles généraux tels que poussées vespérales de fièvre, fatigabilité anormale, amaigrissement, ou de symptômes fonctionnels tels que douleurs diffuses ou localisées, toux, expectoration, anorexie, parfois dyspnée, très souvent sueurs nocturnes. Bref, c'est là schématiquement le tableau clinique de la classique « phase d'imprégnation tuberculeuse » (obs. 3, 5, 57, 66, 69, 77, 90, etc.).

Dans la seconde catégorie nous avons rangé tous les cas dont l'histoire clinique a débuté brusquement par des accidents aigus ; accidents fébriles de type grippal ordinairement passagers, parfois répétés, parfois prolongés (obs. 6, 19, 29, 62, 70, 84, 99, etc...), tels que ceux qu'a si bien décrit M. F. BEZANÇON ; où accidents de caractère plus proprement tuberculeux, tels qu'hémoptysie (obs. 10, 11, 13, 45, 50, 51, 59, etc...).

Mode de début progressif, n'est pas nécessairement synonyme de longue histoire clinique. Nous relevons, en effet (obs. 3, 5, 35, 66, etc.), des cas de tuberculose ayant débuté insidieusement et pourtant récents, au moment où le pneumothorax artificiel a été créé. Le mode de début aigu peut parfois être lointain (obs. 18, 22, 28, 80, etc.).

Etudiant notre statistique nous constatons que le mode de début insidieux reste le plus fréquent, soit en effet respectivement dans chaque catégorie, 61 %, 69 %, 77 %, nous voyons en outre que sa fréquence maxima se rencontre dans les cas actuellement médiocres ou mauvais (obs. 9, 27, 34, 48, 60, 61, 63, 97).

Il semble donc qu'il y ait lieu d'en tenir compte comme d'un facteur plutôt défavorable puisque l'épreuve du travail se montre moins bien supportée chez les sujets dont la maladie a débuté insidieusement et progressivement.

5. L'INFLUENCE DU CÔTÉ DES LÉSIONS INITIALES.

L'étude statistique de nos observations selon ce facteur ne se montre pas très fructueuse.

Nous avons noté les chiffres suivants :

Cas actuellement	Bon	Médiocre	Mauvais
Lésions du côté droit.....	57 %	47 %	56 %
Lésions du côté gauche	43 %	53 %	44 %
Lésions bilatérales	17 %	31 %	33 %

Nous constatons, ainsi que les différentes statistiques l'ont déjà montré, que la tuberculose pulmonaire semble plus fréquente à droite qu'à gauche, mais c'est tout ce que nous pouvons déduire de notre étude, l'épreuve du travail ne semblant pas agir plus défavorablement en cas de pneumothorax artificiel droit que de pneumothorax artificiel gauche.

Par contre, la présence de lésions d'emblée plus ou moins bilatérales, même non évolutives du côté où elles ne prédominent pas est plus fréquente dans les cas actuellement médiocres (31 %) ou mauvais (33 %) que dans les cas favorables (17 %).

Et nous notons dans les cas défavorables que ces lésions bilatérales initiales ont été quatre fois réveillées par l'épreuve du travail (obs. 9, 27, 90, 99) et ont nécessité deux fois (obs. 9 et 27), l'institution du pneumothorax artificiel bilatéral.

Il y a donc lieu de considérer une bilatéralisation initiale des lésions comme un facteur important.

6. INFLUENCE DU CARACTÈRE DES LÉSIONS.

Nous inspirant de la classification employée par M. COULAUD, dans son mémoire sur le pneumothorax arti-

ficiel bilatéral, nous avons, dans chacune des trois catégories envisagées selon l'état clinique actuel, classé nos observations d'après l'aspect radiologique des divers types des lésions initiales que nous avons rencontrés.

C'est-à-dire tout en rappelant notre tableau statistique :

Etat actuel	Bon		Médiocre		Mauvais	
Tuberculose nodulaire localisée	2	13 %	3	23 %	2	22 %
Tuberculose nodulaire diffuse parfois excavée	23	32 %	6	47 %	4	44 %
Tuberculose excavée localisée	26	36 %	2	16 %	2	22 %
Tuberculose pneumonique..	13	18 %	2	16 %	1	11 %
Tuberculose miliaire	1	1 %				

Cette classification ne cherche pas à préciser le caractère anatomo-pathologique des lésions. A part l'aspect radiologique, le seul renseignement qu'elle nous fournisse est le degré d'étendue, de diffusion, d'envahissement du parenchyme pulmonaire.

La statistique nous montre que, de beaucoup, ce sont les tuberculoses nodulaires diffuses initiales qui sont le plus défavorablement influencées par l'épreuve du travail.

Dans les catégories de cas actuellement médiocres ou mauvais elles ont le pourcentage le plus élevé, pourcentage qui, en outre, est nettement supérieur à celui des cas actuellement en bon état.

Cependant l'étude des observations nous montre peu de caractères particuliers. Il s'agissait généralement de tuberculose récente (obs. 9, 27, 57, 60, 78, 89, 90, 99) n'ayant que dans la minorité des cas une tendance évolutive marquée (obs. 9, 57, 60, 87). Le pneumothorax artificiel a généralement été excellent et rarement compliqué avant la reprise du travail.

Consécutivement à la reprise du travail, les accidents qui se sont manifestés chez ces malades ont été trois fois des troubles fonctionnels et généraux sans modifications radiologiques des lésions (obs. 57, 60, 87), une fois une récurrence *in situ* (obs. 99), et six fois des bilatéralisations, deux de type pneumonique (obs. 44 et 9), quatre de type nodulaire diffus (obs. 9, 78, 90, 99). Nous notons que c'est dans ces six derniers cas que nous retrouvons trois des lésions bilatérales, avant le pneumothorax artificiel, que nous avons signalées précédemment.

En second lieu dans l'ordre de la statistique viennent les tuberculoses nodulaires localisées dont la proportion est également plus grande dans les deux secondes catégories que dans la première. Ces cas au nombre de cinq (obs. 18, 19, 61, 67, 77) ont présenté après la reprise du travail : deux bilatéralisations (obs. 19 et 67), et les trois autres, des troubles généraux importants.

Par contre le pourcentage des cas actuellement médiocres ou mauvais est nettement inférieur à celui des cas favorables lorsqu'il s'agit de lésions localisées excavées.

Ce fait s'accorde avec les statistiques de VÉRAN sur les résultats éloignés de la collapsothérapie. Les cavernes isolées étant d'un excellent pronostic.

En cas de tuberculose pneumonique, les proportions sont sensiblement comparables dans les trois catégories ; le maximum revenant cependant à la première. Cette constatation semble s'ajouter à celle de MM. VÉRAN et ROULIER pour montrer que la tuberculose pneumonique n'a pas, en elle-même, un pronostic particulièrement sombre, mais, ainsi que le présentaient MM. RIST et AMEUILLE, le pronostic lointain ne saurait être excellent. Comme ces auteurs nous notons que les lobites pré-

sentent fréquemment des récidives *in situ* (obs. 63), ou bilatérales (obs. 34, 97).

Notons que le seul cas de tuberculose miliaire que nous ayons observé (obs. 45), malgré des lésions initiales subaiguës bilatérales, a admirablement supporté l'épreuve du travail.

En résumé, il nous semble que les lésions nodulaires sont celles qui supportent le plus mal l'épreuve du travail surtout celles qui sont diffuses.

7. INFLUENCE DE L'ANCIENNETÉ DES LÉSIONS.

L'estimation de l'époque approximative à laquelle les manifestations de tuberculose pulmonaire ont commencé à apparaître n'est généralement pas difficile à établir par l'interrogatoire du malade surtout dans les cas de début aigu.

C'est de cette manière que nous nous sommes attachés à connaître l'ancienneté de la maladie au moment de la création du pneumothorax artificiel.

Cette façon de faire ne prétend pas donner l'âge exact de la tuberculose, qui, surtout chez l'adulte, est sans doute bien antérieure aux premières manifestations cliniques qu'elle détermine.

Ce qui nous intéresse ici, c'est de connaître la durée de l'évolution tuberculeuse précédant la création du pneumothorax artificiel.

Notre statistique nous montre que dans la grande majorité des cas (66 fois sur 94), le début apparent était récent (moins d'un an) ; aussi dans l'ensemble le pneumothorax artificiel a-t-il été créé précocement.

Toutes les statistiques (RIST et HIRSCHBERG, NAVEAU, VÉRAN) prouvent que les résultats de la collapsothérapie

sont d'autant meilleurs que le pneumothorax artificiel a été institué d'une façon plus précoce.

Nous avons cherché à connaître, toujours en classant nos observations de la même manière, si les cas actuellement médiocres ou mauvais correspondaient précisément à des lésions anciennes.

La statistique nous montre qu'il n'en n'est pas régulièrement ainsi.

Le pourcentage des cas très récents (1 à 3 mois), est même supérieur dans les deux dernières catégories à celui de la première (38 % et 33 % contre 25 %).

Jusqu'à un an la proportion est sensiblement la même. Par contre cet état de choses est nettement renversé lorsqu'il s'agit d'un temps plus prolongé, si bien que le pourcentage des cas actuellement médiocres et mauvais dont les lésions initiales dataient de plus de 4 ans lors de l'institution du pneumothorax artificiel, est supérieur (8 % et 11 %) à celui des cas actuellement bons, ayant bien supporté l'épreuve du travail (4 %).

Dans les deuxième et troisième catégories, il s'agissait donc, soit de lésions très récentes, soit de lésions franchement anciennes.

En outre en nous reportant aux observations, nous constatons que, lorsqu'il s'agissait de lésions récentes, presque toutes étaient des lésions diffuses, étendues de type nodulaire (obs. 9, 27, 57, 60, 78, 89, 90, 99) qui, ainsi que nous l'avons vu, ont mal supporté l'épreuve du travail.

Tandis que dans les cas anciens (obs. 34 et 63) nous retrouvons 2 observations de tuberculose pneumonique.

Ainsi donc, en étudiant les choses de plus près, notre statistique n'est plus en désaccord avec celles, générales, du pneumothorax artificiel. Plus la collapsothérapie est tardive, moins grandes sont les chances de guérison durable, et pour ce qui nous occupe, plus nombreux sont les

cas supportant mal l'épreuve du travail, tout facteur découlant du caractère propre des lésions mis à part.

8. INFLUENCE DE LA TENDANCE ÉVOLUTIVE DES LÉSIONS AU MOMENT DE LA CRÉATION DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

Afin d'apprécier la tendance évolutive des lésions au moment de la création du pneumothorax artificiel, nous nous sommes attachés à l'étude minutieuse de la nature et de l'importance des troubles généraux et fonctionnels que présentaient les malades à cette époque, ainsi qu'à la présence ou l'absence des bacilles de Koch dans leurs expectorations.

Ces recherches sont exposées dans notre tableau statistique. Nous pouvons les résumer en ce qui concerne les troubles généraux qui nous paraissent les plus importants, en classant les observations en :

Cas fébriles ou pneumothorax artificiel à chaud.

Cas apyrétiques ou pneumothorax artificiel à froid.

Le pourcentage respectif dans chacune des trois catégories est sensiblement le même, et nous montre que le pneumothorax artificiel a généralement été institué (60 %) sur des lésions franchement évolutives.

Dans chaque catégorie la présence de bacilles de Koch dans les expectorations correspond à la grande majorité des cas (93, 92, 88 %). L'existence de localisations tuberculeuses extra-pulmonaires, même évolutives, ne semble pas intervenir (obs. 4, 39, 61, 74, 83, 94).

La tendance évolutive des lésions au moment de la création du pneumothorax artificiel n'a donc pas semblé entrer en jeu dans les cas qui nous occupent.

Ce fait s'accorde avec le résultat du travail de VÉRAN qui, étudiant cette même question, conclut que « la ten-

dance évolutive est d'une importance capitale pour le pronostic à court terme, l'ancienneté des lésions pour le pronostic à long terme ».

La question du pronostic à court terme ne se pose pas pour nous. Quant au pronostic éloigné et particulièrement celui consécutif à la reprise du travail, nous avons bien vu qu'il dépend effectivement de l'ancienneté des lésions.

9. L'INSTITUTION DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

Les circonstances dans lesquelles le pneumothorax artificiel a été institué n'ont pas toujours été identiques.

Tantôt le malade était hospitalisé en salle d'hôpital ou se trouvait dans des conditions comparables dans un sanatorium.

Tantôt le pneumothorax artificiel a été créé chez des malades dont l'état général ne nécessitait pas le repos absolu. Ce sont là les cas de pneumothorax artificiels dits ambulatoires. Ils sont les plus rares.

Nous avons relevé dans chaque catégorie la proportion respective de chacune de ces éventualités, et nous remarquons que la seconde est plus fréquente dans les cas actuellement médiocres ou mauvais (23 et 22 % contre 12,5 %).

En soi, nous ne pensons pas que ce fait importe particulièrement nous le notons simplement. Peut-être indique-t-il cependant qu'il s'agissait de malades mal disposés à suivre avec exactitude les conseils médicaux et à prendre toutes les précautions nécessaires.

Nous avons étudié ensuite la qualité du collapsus telle qu'on peut l'apprécier à l'écran radioscopique.

Que ce collapsus ait été immédiatement total, bon partiel, ou limité par des brides ou adhérences, il semble

selon la statistique que le fait importe peu pour le pronostic ultérieur. Nous notons même que la proportion des pneumothorax artificiels limités est maxima dans les cas actuellement bons ; ce qui ne saurait être néanmoins une indication favorable, et nous ne devons pas oublier que l'opération de jakobéus, ou section de brides, est souvent intervenue pour rendre excellents des pneumothorax artificiels, jusqu'alors incomplets.

10. L'EFFICACITÉ IMMÉDIATE DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL.

De même dans presque tous les cas et, semblerait-il, particulièrement dans les cas actuellement médiocres ou mauvais le pneumothorax artificiel a eu une action rapide et manifeste sur les troubles généraux et fonctionnels.

L'étude de la vitesse de disparition des bacilles de Koch, qui est un des meilleurs tests de l'efficacité du pneumothorax artificiel, ne se montre pas très différente dans les trois catégories envisagées.

Toutefois dans la catégorie des cas actuellement mauvais nous constatons que les bacilles de Koch ont disparu plus lentement et, même 2 fois (obs. 9 et 61), tous les examens des expectorations qui ont été faits jusqu'à présent sont restés positifs.

Il se trouve donc que, à part de rares exceptions (obs. 9 et 61), nous n'avons observé que des cas de pneumothorax artificiels dont le collapsus a été satisfaisant ainsi que nous l'avons vu précédemment et dont l'efficacité immédiate a été quasiment constante.

Ainsi donc en nous plaçant seulement au point de vue de la qualité et de l'efficacité du pneumothorax artificiel, toutes les chances de guérison pouvaient-elles sembler comparables.

L'état clinique actuel, que nous avons constaté après l'épreuve du travail, ne se trouve donc pas dépendre du pneumothorax artificiel lui-même, mais de facteurs que nous avons étudiés précédemment, ainsi que d'événements ultérieurs dont nous allons chercher maintenant à préciser le rôle.

La constatation de ce fait nous paraît très importante ; tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'un collapsus insuffisant et médiocrement actif ne saurait avoir un pronostic favorable. Tel n'est pas le cas des observations que nous avons recueillies.

11. INFLUENCE DE DIVERS FACTEURS PROPRES AU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL.

A. Régularité des insufflations.

Presque tous nos malades ont été régulièrement insufflés, avant la reprise du travail. La différence minime que nous constatons dans le pourcentage des catégories ne nous permet pas d'imputer à ce facteur l'importance très certaine qu'il aurait eu en cas contraire.

B. Les complications du pneumothorax artificiel.

a) *Epanchements.* — De toutes les complications que nous avons observées, la pleurésie est la plus fréquente. Il s'agissait de liquide, tantôt se constituant à bas bruit, tantôt accompagné de fièvre et de douleurs. Le liquide lui-même a été tantôt citrin, tantôt puriforme. L'évolution de ces épanchements a été essentiellement variable ; parfois brève, le liquide se résorbant de lui-même, parfois prolongée et nécessitant alors presque toujours des ponctions évacuatrices.

La fréquence, la nature et l'évolution de ces manifestations ont une proportion sensiblement identique, dans les trois catégories de cas envisagés. Nous en relevons cependant le maximum dans les cas actuellement en bon état clinique et ce fait se trouve d'accord avec les opinions de MM. RIST, NAVEAU, VEBER et JONESCO, L. BERNARD, BARON, TRIBOULET et VALTIS qui pensent que, à moins d'être grave et maligne, la pleurésie du pneumothorax artificiel bien loin d'assombrir le pronostic éloigné, peut avoir une influence heureuse.

b) *Le déplacement des organes du médiastin* n'a été constaté par nous que dans les cas actuellement bons, on ne saurait donc lui imputer une action défavorable.

c) *La tendance de la résorption rapide du gaz* ne nous a pas paru avoir d'autre inconvénient que celui de nécessiter de fréquentes insufflations.

d) *La perforation pleuro-pulmonaire.* — Avant la reprise du travail, comme après la reprise du travail (obs. 61 et 97) les deux cas de perforation que nous avons rencontrés se situent dans la catégorie des cas actuellement mauvais.

Cet accident qui est toujours sérieux, remarquablement étudié par M. ARNAUD dans sa thèse, nous paraît devoir être pris en considération.

12. INFLUENCE DE DIVERS FACTEURS DÉPENDANT DE LA MALADIE ELLE-MÊME AVANT LA REPRISE DU TRAVAIL.

a) *L'état clinique des sujets.* — Les heureux résultats que le pneumothorax artificiel a eu immédiatement sur les troubles généraux et fonctionnels se sont généralement maintenus.

Dans les cas où ils se sont manifestés à nouveau, ils ne dépendaient ordinairement pas d'une nouvelle évolution tuberculeuse, mais coïncidaient avec un épisode liquidien ou infectieux surajouté.

Dans un seul cas (obs. 9), ils traduisent l'inefficacité du pneumothorax artificiel que nous avons signalée ; dans un cas (obs. 67), l'apparition d'une tuberculose controlatérale.

Nous ne pouvons donc accorder aux troubles généraux et fonctionnels présentés durant cette période, une valeur pronostique particulière.

b) *Les évolutions tuberculeuses nouvelles.* — Par contre, la réapparition d'une évolution tuberculeuse, a une importance certainement très grande, quoique nous ne l'ayons rencontrée que rarement à cette époque (obs. 60 et 67). Il s'agissait de tuberculose controlatérale.

Dans un cas (obs. 60), caractérisé par l'apparition de petites taches peu étendues dans le sommet droit, cet épisode évolutif a été passager, le malade s'est correctement soigné, n'a repris une activité que lorsqu'il s'est trouvé très amélioré, ce qui n'empêche pas qu'il ait mal supporté l'épreuve du travail, et présente actuellement un état médiocre. Dans l'autre cas (obs. 67), il s'agit d'un épisode évolutif qui, mal soigné et aggravé par le travail, est la cause du mauvais état actuel du malade.

13. INFLUENCE DES TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES.

Dans notre tableau nous avons étudié la proportion des sujets qui ont subi parallèlement à l'action du pneumothorax artificiel les effets d'une autre thérapeutique.

61 ont bénéficié d'une cure sanatoriale.

9 ont vu leur état amélioré par une section de brides.

2 ont été soumis à l'action de la phrénicectomie:

5 à celle des sels d'or.

La cure sanatoriale a été plus fréquente chez les sujets actuellement en bon état.

La section de brides a 9 fois rendu totaux et actifs des pneumothorax artificiels jusqu'alors limités et inefficaces (obs. 23, 25, 27, 38, 47, 49, 50, 79, 81) qui ont 8 fois sur 9 bien supporté l'épreuve du travail.

La phrénicectomie a 2 fois été nécessaire comme complément du pneumothorax artificiel (obs. 94 et 39), 1 fois (obs. 94) elle s'est révélée efficace.

Les sels d'or (obs. 19, 20, 22, 70) ne semblent pas avoir contribué nettement à la régression de la maladie et n'ont pas empêché (obs. 19) la bilatéralisation des lésions, consécutive à la reprise du travail.

II. — Facteurs propres au travail.

1. INFLUENCE DE L'ANCIENNETÉ DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL AU MOMENT DE LA REPRISE DU TRAVAIL.

Les résultats de la collapsothérapie se jugent essentiellement dans le temps. Cet élément a donc une importance capitale dans l'évaluation de l'aptitude des porteurs de pneumothorax artificiel au travail.

Au moment où la question de la reprise du travail se pose, il est indispensable de se baser sur la durée du pneumothorax artificiel et plus exactement sur la durée de la consolidation manifeste des lésions.

Nous nous proposons de chercher à connaître par les moyens de la statistique ce que l'observation de 94 cas de porteurs de pneumothorax artificiel ayant travaillé, peut nous enseigner sur ce point et de préciser ainsi l'époque optima qui semble être indiquée.

Dans cette recherche nous nous baserons sur l'ancien-

neté du pneumothorax artificiel lui-même et sur l'ancienneté de la disparition durable des bacilles de Koch dans les expectorations, disparition qui est le meilleur test de l'efficacité du pneumothorax artificiel.

La statistique nous montre que les porteurs de pneumothorax artificiel que nous avons observés ont repris une occupation en un temps qui varie de 2 mois à plus de 4 ans après l'institution du pneumothorax artificiel.

Ces cas, dans les trois catégories que nous avons envisagées selon l'état clinique actuel, se répartissent de la façon suivante :

Etat actuel	Bon	Médiocre	Mauvais	Total
1 à 3 mois	3 4%			3 3 %
3 à 6 mois	2 3%	2 15%	1 11%	5 5,3%
6 mois à 1 an ..	25 35%	7 54%	4 44%	36 38,3%
1 à 2 ans	26 36%	2 15%	3 33%	31 32,9%
2 à 4 ans	15 21%	2 15%	1 11%	18 19,1%
Plus de 4 ans ..	1 2%			1 1,3%

La plus grande partie de nos sujets (38,3 %) a donc recommencé à travailler 6 mois à 1 an après l'établissement du pneumothorax artificiel.

Un grand nombre également (32,9 %) a repris du travail 1 à 2 ans après le pneumothorax artificiel.

Rares ont été ceux qui ont recommencé très vite à travailler (3,1 % pour 1 à 3 mois, 5,3 % pour 3 à 6 mois) ; assez peu nombreux également (19,1 %) sont ceux qui ont attendu plus de 2 ans.

Un seul n'a retravaillé qu'après 4 ans (obs. 17).

Cette première constatation indique un temps moyen de reprise après l'établissement du pneumothorax de 1 an environ. C'est certainement trop tôt.

Que certains aient fort bien supporté un temps plus court, nous le constatons (obs. 12, 39, 52, 53, 54), mais ce ne sont là que des cas particuliers dont les lésions initiales étaient peu étendues et peu évolutives.

En examinant de plus près les proportions respectives dans chaque catégorie, nous constatons que dans la première le maximum se place entre 1 et 2 ans, dans la seconde entre 6 mois et 1 an, dans la troisième également entre 6 mois et 1 an.

Les sujets actuellement en état de santé médiocre ou mauvais ont donc en moyenne retravaillé sensiblement plus tôt que les autres et ce fait n'est certainement pas étranger à leur état actuel.

L'étude de l'ancienneté de la disparition durable des bacilles de Koch dans les expectorations est encore plus instructive.

En voici le tableau statistique :

Etat actuel	Bon	Médiocre	Mauvais	Total
Non disparus ..		1 8%	3 33%	4 4,2%
1 à 3 mois 3	4%			3 3,1%
3 à 6 mois 2	2,5%	4 31%	2 22%	8 8,3%
6 mois à 1 an .. 18	25%	3 23%		21 22,3%
1 à 2 ans 28	39%	3 23%	2 22%	33 35 %
Plus de 2 ans .. 16	22%	1 8%	1 11%	18 19,1%
Jamais de B. K. 5	7%	1 8%	1 11%	7 7,4%

Là encore la majorité des sujets a attendu un temps assez prolongé avant de retravailler, soit 6 mois à 1 an (22,3 %), soit 1 à 2 ans (35 %), soit davantage même (19,1 %).

Le nombre des reprises de travail rapides est, en envisageant la chose de cette façon, encore plus faible que dans le cas précédent.

Nous ne relevons en effet que 3,1 % de reprise entre 1 et 3 mois et 8,3 % de reprise entre 6 mois et 1 an.

La divergence entre les trois catégories, selon l'état clinique actuel est nette.

Dans la première, presque tous les sujets ont attendu plus de 6 mois avant de reprendre une activité, 34 %

ont attendu plus de 1 an, 22 % plus de 2 ans. Si bien que le temps moyen est de 1 an 1/2 environ ; en outre aucun n'a travaillé avant que ses expectorations soient devenues stériles.

Dans la seconde catégorie, le temps moyen d'attente avant la reprise du travail se situe un peu en dessous de 1 an. 4 fois sur 13 (soit 31 %) ce temps est inférieur à 6 mois. Dans un cas (obs. 87) les expectorations n'avaient jamais cessé d'être bacillifères.

La troisième catégorie montre à l'évidence combien il est déplorable que la reprise du travail soit précoce.

Dans la majorité des cas (33 %), les bacilles n'avaient jamais durablement disparu des crachats.

Le temps moyen d'attente avant la reprise du travail est ici inférieur à 6 mois.

De cette étude, il ressort nettement qu'un laps de temps assez prolongé est absolument nécessaire avant la reprise du travail.

Par rapport à la date de la création du pneumothorax artificiel, cette durée semble être au minimum de 1 an.

L'étude de l'ancienneté de la disparition durable du bacille de Koch dans les expectorations donne des renseignements de beaucoup plus grande valeur.

Elle montre que, pour être certain de l'efficacité durable du pneumothorax artificiel et de la qualité de la consolidation des lésions initiales, il faut attendre 1 an 1/2 environ.

Ce n'est que dans certains cas, lorsque les lésions initiales étaient récentes, peu étendues, peu évolutives, le pneumothorax artificiel excellent et très rapidement efficace, qu'une reprise un peu plus précoce pourra être raisonnable ; encore ne devra-t-on l'autoriser que si elle est réellement nécessaire, car certainement, plus la reprise du travail est tardive, plus grandes sont les chances qu'elle soit bien supportée.

Encore faut-il préciser que cette attente doit être faite dans les meilleures conditions possibles de repos et d'hygiène ; toute demi-mesure risquerait d'être plus dangereuse qu'un travail minime et surveillé dans de bonnes conditions.

2. INFLUENCE DES CONDITIONS DE REPRISE.

Il va de soi qu'une reprise lente et progressive du travail est la meilleure façon de réadapter le porteur de pneumothorax artificiel à la nouvelle vie qu'il va mener.

En le faisant tout d'abord travailler peu de temps de suite, en lui évitant tout effort physique violent, en le plaçant dans un local bien situé et aéré, on lui fournit tous les avantages et les ménagements possibles.

Ce sont là des conditions de reprises idéales que malheureusement en pratique il est difficile de réunir systématiquement. Nous n'étudions pas ce qui devrait être, mais ce qui a été.

Les sujets que nous avons observés ont 52 fois pu prendre certaines précautions au moment de la reprise de leur activité ; 42 fois le travail a été complet d'emblée.

La statistique nous montre que naturellement, la majorité des cas qui ont mal subi l'épreuve du travail avaient repris d'emblée une occupation régulière et complète.

Cependant une forte proportion des cas actuellement en bon état clinique avait fait de même. L'étude des observations de ces sujets nous montre qu'ils avaient attendu longtemps avant de retravailler.

Par ailleurs, il est bien des cas où le passage d'une activité calme et modérée à un travail plus complet se montre mal toléré. L'observation 99 en est une illustration. Cet employé de chemin de fer qui présentait des lésions bilatérales prédominantes à droite, avait été traité

par un pneumothorax artificiel droit très efficace, même controlatéralement. Très amélioré, il a repris 8 mois plus tard un travail doux qui consistait à nettoyer les voies en gare le matin et à gratter des bulletins l'après-midi. Il a rempli ce travail sans défaillance pendant 1 an 9 mois. On a voulu alors le réintégrer dans ses fonctions primitives (manœuvre en gare) 6 mois plus tard il a présenté un épisode évolutif bilatéral. Ultérieurement, traité par sanatorium, il n'a pas supporté un travail très doux et se trouve actuellement en mauvais état de santé.

En résumé, non seulement le porteur de pneumothorax artificiel devrait avant de retravailler rester au moins 1 an sans manifester de signes évolutifs mais il devrait ne recommencer à travailler que progressivement et dans de bonnes conditions et être très régulièrement surveillé médicalement.

3. INFLUENCE DU TRAVAIL LUI-MÊME.

Les porteurs de pneumothorax artificiel dont nous avons recueilli les observations ont exercé les professions les plus diverses.

Pour la commodité de l'étude nous avons classé celles-ci en travail manuel, commerce, travail de bureau, domestique, couture, ménage, personnel hospitalier.

Voici comment elles se répartissent :

Etat clinique actuellement :

		Bon		Médiocre		Mauvais
		<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>
Manuel	29	40%	4	31%	5	55%
Commerce	8	11%	1	8%		
Bureau	18	25%	4	31%	2	22%
Domestique	6	8%	3	23%	1	11%
Couture	3	4%				
Ménage.....	2	2,5%				
Person. hospitalier	6	8%	1	8%	1	11%

Ce tableau statistique montre tout d'abord que dans les professions de couturières et de ménagères nous n'avons jamais constaté de fâcheux retentissements du travail sur l'état clinique.

La profession de commerçant se montre également sans grande influence. Dans le seul cas actuellement médiocre (89) le travail effectué n'entre pas en ligne de compte.

Dans les autres professions, les proportions sont à peu près les mêmes dans chaque catégorie ; seule l'étude de chacun des cas qui ont été défavorablement influencés peut nous renseigner sur la nature et l'importance des facteurs qui sont intervenus.

Dans la catégorie des sujets actuellement en état clinique médiocre, nous relevons :

Parmi les travailleurs manuels : un employé de chemin de fer (obs. 57), chaudronnier de son métier qui, chaque jour, pendant 8 heures répare les chaudières de locomotives. Ce travail, très fatigant, demande de grands efforts physiques. Cet homme travaille couché sur le dos à l'intérieur même du foyer des machines, c'est là un métier tout à fait contre-indiqué.

Deux sont monteurs électriciens (obs. 27, 63), les mouvements qu'ils exécutent sont incessants et souvent violents. Ils sont, en outre, obligés de beaucoup se déplacer et sont fréquemment exposés aux intempéries.

Un (obs. 60) travaille dans un garage d'automobiles ; le travail en lui-même est peu fatigant, mais il se fait dans de mauvaises conditions.

Un autre est conducteur de camion (obs. 34), en plus des efforts que demande la conduite de la voiture il fait les chargements et déchargements, parfois il travaille 10 à 12 heures par jour.

Les employés de bureau sont tous les trois (obs. 29, 55, 87) agents de grandes administrations ou de compagnies

de chemin de fer. Ils assument des responsabilités assez grandes, travaillent 8 heures par jour dans des locaux mal aérés. Ils n'ont que 15 jours de congé par an.

L'infirmière que nous avons observée (obs. 77) dans cette catégorie, travaillait dans un service d'agités, travail très fatigant. Les hémoptysies qu'elle a présentées se sont déclarées à la suite de coups donnés par un malade.

Nous relevons encore dans cette catégorie, deux ouvrières de théâtre (obs. 18 et 19), qui doivent veiller tous les soirs jusqu'à minuit ; l'une assume en outre, ce même travail tous les après-midi ; enfin un garçon de café (obs. 44) qui, comme beaucoup de ses collègues, est alcoolique.

Dans la catégorie des cas actuellement mauvais, les porteurs de pneumothorax artificiel ont travaillé de la façon suivante :

4 travailleurs manuels dont 2 cheminots (obs. 90 et 99), l'un manœuvre en gare, l'autre mécanicien sur machine ; travail fatigant se faisant dehors.

1 camionneur (97) faisant de grands efforts physiques ; c'est à la suite de l'un deux, (manutention d'un tonneau de vin) qu'une hémoptysie importante s'est déclarée ;

1 pailleuse de chaise, travaillant tantôt dehors, tantôt chez elle dans de mauvaises conditions et se déplaçant constamment pour aller chercher et rendre son ouvrage ;

3 étaient employés de bureau (obs. 48, 61, 100).

2 étaient obligés de se déplacer fréquemment et étaient souvent surmenés ;

enfin, dans un cas (obs. 78) il s'agissait d'une infirmière dans un laboratoire spécialisé dans la recherche des bacilles de Koch dans les expectorations.

En résumé, presque toutes les professions peuvent être remplies par les porteurs de pneumothorax artificiel. Certaines sont cependant plus indiquées que d'autres. Toutes demandent que certaines précautions soient prises.

Il faut tenir compte de l'intensité de l'effort physique demandé, de la durée du travail et des conditions d'hygiène dans lesquelles celui-ci est fait.

En pratique, il faut savoir être électique, tenir compte avant tout de l'état clinique du porteur de pneumothorax artificiel qui demande à retravailler ainsi que de la solidité et de l'ancienneté de la consolidation de ses lésions initiales.

Le travail idéal serait celui qui demanderait le minimum d'effort physique qui durerait peu longtemps de suite, et se ferait dans de parfaites conditions d'hygiène physique et morale.

Cet idéal est difficilement réalisable. La nécessité des faits contraint le phthisiologue à être moins exigeant.

Des raisons matérielles et psychologiques font que le porteur de pneumothorax artificiel demande ordinairement à reprendre les mêmes occupations qu'auparavant. En fait c'est la meilleure des solutions. Le travail pourra être assuré sans inconvénients si le moment de la reprise est bien choisi, si le sujet observe certaines précautions et si son employeur veut bien le ménager et le mettre dans de bonnes conditions.

La reprise du travail aura alors, en sus des avantages matériels que représente pour la société la récupération d'un travailleur que la tuberculose lui laissait à charge, un effet bienfaisant sur le malade lui-même, ainsi que de simples raisons psychologiques l'expliquent facilement.

III. — Facteurs sociaux et psychologiques.

L'importance des facteurs sociaux et psychologiques est énorme.

Les facteurs sociaux dans la très grande majorité des cas sont la cause de la nécessité de la reprise du travail. Ils interviennent en outre d'une façon manifeste sur le comportement du porteur de pneumothorax artificiel ; de même les facteurs d'ordre psychologique.

Le porteur de pneumothorax artificiel qui travaille se retrouve placé dans son milieu social, dont il subit alors toutes les influences. Responsabilités, soucis ; conditions matérielles de vie viennent ajouter leur action à celle du travail.

En pratique, nous sommes loin des conditions idéales d'hygiène et de repos physique et moral qui seraient nécessaires.

De plus, et cela justement au moment de la reprise du travail, la vie change, en général, complètement pour le porteur de pneumothorax artificiel. Bien souvent il s'est soigné longtemps, a fait une longue cure en sanatorium, il a perdu l'habitude de la vie active dans laquelle il se trouve brusquement replongé.

Nous ne prétendons pas vouloir traiter ici la question complexe de la réadaptation au travail des tuberculeux. Le travail en sanatorium dans de parfaites conditions matérielles, sous surveillance médicale stricte, n'est absolument pas comparable à celui que le porteur de pneumothorax artificiel devra assurer de retour à son foyer.

Le travail en sanatorium est une excellente chose, il a surtout pour avantage de vaincre la nonchalance, la paresse auxquelles s'accoutument les malades du fait de l'inaction à laquelle ils sont contraints ; il leur permet de ne pas perdre complètement toute habitude de travail

et, dans certains cas, il les prépare à un nouveau métier.

Nous nous sommes placé uniquement de façon objective, et dans la réalité des faits que les nécessités de la vie déterminent, pour chercher à dégager ce que l'expérience de 94 cas de porteurs de pneumothorax artificiel ayant retravaillé dans des conditions très diverses peut nous enseigner.

L'étude de l'influence des facteurs cliniques et des facteurs propres au travail, faite sans celle des facteurs sociaux et psychologiques serait absolument arbitraire, incomplète et ne correspondrait pas à la réalité.

Mais il est extrêmement difficile de connaître exactement les conditions dans lesquelles se trouvent les porteurs de pneumothorax artificiel ainsi que leur comportement. Nous avons été secondé dans cette tâche par l'amabilité des infirmières d'assistance sociale qui si souvent savent gagner leur confiance.

Nous étudierons la situation sociale des sujets que nous avons observés, les conditions d'habitations et d'hygiène dans lesquelles ils vivent, ainsi que, dans la mesure du possible, le genre de vie qu'ils mènent en dehors de leur travail.

1. SITUATION DE FAMILLE.

37 des sujets que nous avons examinés sont célibataires, dont 14 femmes.

53 étaient mariés avant le début de leur maladie.

12 se sont mariés alors qu'ils étaient porteurs de pneumothorax artificiel.

L'étude des observations nous montre que le fait d'être marié ou célibataire importe de différentes façons.

Les célibataires n'ont, en général, pas de charges particulières à assurer envers leur famille, charges qui pourraient les contraindre à une reprise de travail précoce,

mais ils mènent dans une plus forte proportion que les autres une vie peu régulière, dont l'influence, surajoutée à celle du travail, a retenti souvent fâcheusement sur leur état clinique.

Par contre, les soucis d'un père de famille, dus au fait de ne plus pouvoir assurer par son travail la nourriture et le logement des siens, ainsi que pour une femme l'inquiétude de savoir son foyer privé de sa présence et de ses soins, sont venus fréquemment abréger une cure sanatoriale et contraindre à une reprise de travail précoce.

Les 4 sujets qui se sont mariés alors qu'ils étaient porteurs de pneumothorax artificiel n'ont que bénéficié de cet état de chose.

34 porteurs de pneumothorax artificiel ont des enfants.

Nous avons observé 3 cas de grossesse (obs. 33, 78, 84), toutes trois précédant la reprise du travail, dont deux ont évolué normalement, l'accouchement a été facile, l'enfant parfaitement constitué et bien portant. L'une (obs. 78) s'est terminée avant terme (7 mois) ; il s'agissait d'une grossesse gemellaire, les jumeaux hypotrophiques sont décédés à l'âge de 7 mois.

Aucune de ces grossesses n'a retenti immédiatement sur l'état clinique de la femme ni sur son pneumothorax artificiel. Nous n'avons pas à étudier ici l'importante question de la grossesse chez les tuberculeuses traitées par pneumothorax artificiel. Ces trois observations montrent néanmoins que la collapsothérapie a en effet grandement modifié le pronostic de la gravidité chez les tuberculeuses ainsi que les travaux de MM. RIST, ROLLAND et RAVINA l'ont précisé.

10 de nos sujets avaient des parents à leur charge. Ce fait a nécessité 4 fois une reprise de travail trop précoce qui a très fâcheusement retenti sur l'état clinique du porteur de pneumothorax artificiel. L'observation 100 en est une illustration évidente.

2. CONDITIONS MATÉRIELLES DE VIE.

Les conditions matérielles de vie dans lesquelles se sont trouvés les porteurs de pneumothorax artificiel que nous avons observés ont été des plus diverses, mais en moyenne satisfaisantes.

Les cas où les conditions d'hygiène et de logement sont les plus défectueuses se rangent naturellement dans la catégorie de ceux qui sont actuellement en état clinique mauvais. Il nous semble inutile de développer plus longuement ce point tant il est évident qu'il a un rôle défavorable extrême. L'observation 9 le prouve ; elle contient, à elle seule, toutes les mauvaises influences cliniques et sociales. Il nous a heureusement été très rare de constater une pareille situation.

Sous prétexte de vie hygiénique à la campagne, il est arrivé que certains (6,24) aillent habiter en banlieue. Les résultats n'ont généralement pas été remarquables. La fatigue qu'impose un lever matinal, de longs trajets dans des trains bondés puis en métro, la nourriture souvent malsaine du restaurant, les rentrées tardives, contrebalancent certainement les heureux effets que pourrait avoir un air plus sain. Mieux vaut habiter la ville, à proximité du travail et économiser toute fatigue supplémentaire. La majorité de nos porteurs de pneumothorax artificiel se trouvaient dans de telles conditions.

Ils n'ont pas su toujours en bénéficier ainsi qu'ils auraient dû.

Au lieu de limiter toute activité à leur travail, ils n'ont pas renoncé, ainsi que la prudence le conseille, à toutes les distractions que procure la grande ville. C'est là, pensons-nous, un danger plus grand que celui du travail lui-même. Et comment l'éviter ? Seule la compréhension des

règles de prudence et la bonne volonté du sujet peuvent le permettre.

Mais alors nous ne nous trouvons plus que devant des cas particuliers.

Le jeu des facteurs psychologiques et sentimentaux sur lesquels le clinicien est sans influence est maître de la situation.

Nous avons pu souvent suivre et connaître suffisamment certains de nos sujets pour gagner leur confiance et recueillir leurs confidences.

Combien d'histoires banales ou navrantes nous avons ainsi entendues !

Une telle a dû quitter précipitamment le sanatorium et reprendre une activité bien au-dessus de ses forces parce que, durant son absence, son mari l'a abandonnée.

Telle autre, dans une situation comparable, a cherché à s'étourdir en menant une vie désordonnée.

Plusieurs fois des aventures sentimentales ont joué un rôle néfaste, perturbant la régularité des insufflations et les conditions de vie du sujet.

Nous relevons deux cas dans lesquels des complications de cet ordre ont contraint le porteur de pneumothorax artificiel à se mal soigner et à travailler dans de mauvaises conditions.

Cette question pourrait être développée longuement. Son étude est fructueuse ; appliquée à chaque cas elle permet de saisir l'explication de bien des phénomènes qui resteraient autrement incompréhensibles, mais elle ne permet pas de tirer des conclusions générales et surtout aucune déduction pratique qui vaille pour l'ensemble des cas.

Il faut savoir que les facteurs psychologiques jouent un rôle immense et, dans chaque cas, lorsqu'il est donné au clinicien de les connaître, par lui-même ou par l'assistante sociale plus à même de les observer au cours de ses

visites, il lui faudra en tenir grand compte dans l'évaluation de la capacité de travail du porteur de pneumothorax artificiel.

Tels sont brièvement exposés certains des facteurs sociaux et psychologiques qui ont agi défavorablement sur l'état clinique des porteurs de pneumothorax artificiel que nous avons observés.

Par ailleurs il ne faut pas méconnaître l'heureuse influence que peut avoir dans certains cas le fait du retour à une vie normale.

La possibilité d'une reprise d'activité peut psychologiquement avoir une influence énorme sur l'état du sujet, en lui permettant de retrouver une raison de vivre, en lui ôtant le souci que lui donne le fait de se sentir à charge de sa famille ou de la société, et biens souvent en lui faisant constater que sa santé lui permet une vie sociale et familiale normale, vie de laquelle il s'était déshabitué et qu'il croyait ne pouvoir jamais retrouver.

CHAPITRE IV

Pneumothorax bilatéraux.

Parmi les sujets que nous avons examinés, 14 sont ou ont été porteurs de pneumothorax bilatéraux et la plupart d'entre eux ont travaillé alors que les deux pneumothorax étaient entretenus.

Un pneumothorax double n'est donc pas incompatible avec une vie sociale quasiment normale.

Nous ne prétendons pas vouloir envisager ici la question délicate de la collapsothérapie bilatérale simultanée qui, préconisée pour la première fois par PARRY-MORGAN en 1912, est maintenant bien connue et assez fréquemment utilisée.

M. COULAUD y a consacré un mémoire important et très documenté qui montre que le pneumothorax artificiel bilatéral donne d'heureux résultats dans 42 % des cas environ, lorsque les indications en sont justement posées et la conduite strictement surveillée.

Sur les 116 sujets que cet auteur a observés 14 ont travaillé sans s'en ressentir et 18 mènent une vie normale.

Sur les 14 porteurs de pneumothorax artificiels bilatéraux que nous avons observés, 3 seulement présentent actuellement un état clinique vraiment satisfaisant ; 6 un état clinique médiocre, 3 un état clinique mauvais et 2 sont décédés.

La proportion des porteurs de pneumothorax artificiels bilatéral qui ont supporté sans inconvénient l'épreuve du travail est donc considérablement inférieure à celle

des porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral. Néanmoins 10 sur 14 actuellement travaillent et, en général, ont assuré régulièrement leur tâche.

Les 3 sujets qui se trouvent actuellement en bon état clinique (obs. 26, 37, 42) avaient présenté tous trois une tuberculose d'emblée bilatérale de type nodulaire, diffuse, assez récente au moment du premier pneumothorax artificiel.

Le deuxième pneumothorax artificiel a été institué 14 mois au plus tard après le premier et sans que le sujet ait retravaillé entre deux. Les deux pneumothorax artificiels ont été rapidement efficaces et non compliqués. Le travail n'a été repris en moyenne que 13 mois après le deuxième pneumothorax artificiel. Deux fois sur trois, il a été repris avec autorisation médicale et progressivement. Il consiste dans un cas (obs. 26) en travail de couture à domicile et d'entretien du ménage : dans deux cas, en travail manuel, l'un se faisant dehors (obs. 37) l'autre en usine, tous deux demandant des efforts physiques assez importants et durant 8 heures par jour.

Ces trois sujets mènent en dehors de leur travail une vie calme et régulière, un seul se trouve dans des conditions d'hygiène assez médiocres.

L'épreuve du travail a été parfaitement supportée ; elle a duré en moyenne plus de trois ans. Dans un cas, un des pneumothorax artificiels a pu être interrompu.

Les 6 cas actuellement en état clinique médiocre se décomposent en deux cas dans lesquels le deuxième pneumothorax artificiel a été créé à assez peu d'intervalle du premier et avant que les sujets aient recommencé à travailler ; et en 4 cas dans lesquels le deuxième pneumothorax artificiel a été institué un certain temps après le premier, à cause de manifestations évolutives controlatérales consécutives à la reprise du travail.

Dans les deux premiers cas il s'est agi d'une tuberculose d'emblée bilatérale nodulaire, diffuse, assez récente (obs. 46, 93).

Une fois (obs. 93) les deux pneumothorax artificiels ont été institués presque d'emblée et, complétés par une double section de brides, ils ont été rapidement efficaces. Le sujet, commis de deuxième classe dans une compagnie de chemin de fer, a pu 5 mois plus tard reprendre son travail de bureau et l'assurer régulièrement pendant 5 ans. Les deux pneumothorax artificiels sont restés sans complication et très efficaces. Cependant l'état clinique actuel est médiocre, le sujet maigrissant, étant fatigué et fréquemment fébrile.

Dans l'autre cas (obs. 46) le premier pneumothorax artificiel, complété par une section de brides, s'était montré efficace pendant plus d'un an jusqu'à l'apparition d'une hémoptysie bacillifère et l'extension des taches controlatérales. Le deuxième pneumothorax artificiel institué en sanatorium a immédiatement fait disparaître les bacilles de Koch, et, deux ans plus tard, le sujet, porteur de deux excellents pneumothorax artificiels, a pu reprendre son métier de secrétaire ; mais l'épreuve du travail a déclenché une reprise du processus évolutif et actuellement ce sujet, quoique en état clinique assez satisfaisant, expectore des bacilles de Koch et un cliché récent montre que les lésions gauches évoluent.

Des 4 autres sujets, un seul présentait des lésions d'emblée bilatérales nodulaires, diffuses, excavées.

Le premier pneumothorax artificiel, total, vite efficace, avait permis 6 mois plus tard la reprise du travail, travail de monteur électricien en chantier, se faisant dehors et beaucoup trop fatigant, n'ayant pas tardé à déclencher une évolution controlatérale de type lobaire supérieur. Le second pneumothorax artificiel total s'était montré suffisamment efficace pour que de nouveau,

6 mois plus tard, le sujet puisse recommencer à travailler comme auparavant, sans autorisation médicale et sans précautions. De plus, ce sujet menant une vie désordonnée a négligé de faire entretenir régulièrement ses deux pneumothorax artificiels qui n'ont pas tardé à se résorber et à se symphiser. La tuberculose a alors repris son cours et est actuellement franchement évolutive.

Dans les trois autres cas, les lésions initiales étaient unilatérales (obs. 19, 34, 44) et, convenablement traitées par pneumothorax artificiel, elles semblaient guéries. Un travail avait pu être repris, mais, dans chaque cas, ce travail trop fatigant a déclenché une tuberculose controlatérale, nodulaire, diffuse et excavée qui a été traitée par un deuxième pneumothorax artificiel efficace.

Mais ces trois sujets ayant recommencé en moyenne seulement 5 mois plus tard à retravailler sans autorisation et sans précautions et se surmenant, le résultat a été des plus médiocres, la tuberculose ayant, dans un cas, repris franchement son évolution (obs. 44) et, dans les deux autres cas, l'état clinique actuel étant nettement déficient.

Un des trois sujets dont l'état clinique actuel est mauvais présentait des lésions initiales bilatérales, nodulaires, diffuses (obs. 9) ; le premier pneumothorax artificiel, quoique étendu, n'avait guère été efficace. La malade avait été contrainte par de lourdes charges de famille de reprendre un travail très fatigant qu'elle n'a pas supporté. Elle a présenté une récurrence controlatérale de type lobaire excavée. Un deuxième pneumothorax artificiel a amené une amélioration passagère vite compromise par une reprise hâtive de travail qui a déterminé un épanchement liquidien et une reprise du processus évolutif.

Les deux autres sujets (obs. 48, 78) traités par un bon pneumothorax artificiel pour des lésions nodulaires, exca-

vées, localisées, avaient été apparemment guéris. L'un a pu retravailler pendant deux ans comme employé de bureau sans s'en ressentir particulièrement. L'autre, après une grossesse gémellaire terminée par un accouchement avant terme, avait repris pendant un an et demi son métier d'infirmière ; mais une tuberculose controlatérale localisée, excavée, est venue la contraindre à interrompre son travail.

Le deuxième pneumothorax artificiel est récent et son efficacité n'est pas encore manifeste.

Enfin, deux porteurs de pneumothorax artificiel bilatéral sont décédés. L'un (obs. 97) avait présenté une tuberculose initiale unilatérale droite lobaire supérieure, excavée, traitée par un pneumothorax artificiel devenu complètement efficace après section de 10 brides.

Une reprise de travail intempestive a compromis ce résultat.

Ce travail fatigant, consistant à conduire, charger et décharger une voiture, a déclenché une tuberculose controlatérale nodulaire diffuse qui, 6 mois plus tard, a emporté le malade, malgré l'institution d'un pneumothorax artificiel controlatéral.

L'autre (obs. 98) avait présenté une tuberculose initiale bilatérale peu évolutive nodulaire diffuse. Les deux pneumothorax artificiels avaient été institués presque simultanément ; totaux, ils s'étaient montrés très efficaces et, un an plus tard, le sujet, employé dans une compagnie de chemin de fer, avait pu reprendre son métier de mécanicien en atelier, travail fatigant qui a pu néanmoins être assuré sans accident pendant 2 ans. Mais, à la suite d'un épanchement liquidien abondant ayant nécessité une ponction, une crise de dyspnée aiguë s'est déclenchée et, pendant l'évacuation du gaz, une hémoptysie foudroyante s'est produite.

En résumé, nous pouvons tirer de l'observation de ces

14 porteurs de pneumothorax artificiel bilatéral simultané ayant travaillé, les enseignements suivants :

Le pneumothorax artificiel bilatéral simultané n'est pas absolument incompatible avec une vie sociale presque normale, mais il demande des précautions très particulières.

Les cas les plus favorables semblent être ceux dans lesquels la tuberculose, même bilatérale d'emblée, était récente et a été traitée par un pneumothorax artificiel bilatéral rapidement efficace. La reprise du travail doit être tardive, progressive, faite avec ménagement et dans de bonnes conditions après une cure sanatoriale sérieuse.

M. COULAUD pense que les meilleurs résultats sont ceux obtenus sur des lésions initiales du type ulcéro-caséeux ; viennent ensuite la tuberculose pneumonique puis la tuberculose nodulaire localisée.

Nous avons observé certains cas de tuberculose nodulaire diffuse qui, bien soignés, semblent remarquablement consolidés.

Par contre, le pronostic doit être réservé, surtout en ce qui concerne l'aptitude au travail, dans tous les cas où la bilatéralisation du pneumothorax artificiel a été nécessaire par suite d'une tuberculose controlatérale consécutive à une première reprise de travail.

Si bien que l'on pourrait dire que si l'épreuve du travail s'est montrée une fois mal supportée, il est contre-indiqué de tenter un nouvel essai, même après un résultat satisfaisant fourni par un second pneumothorax artificiel.

CHAPITRE V

Quelques constatations sur la physiologie de la respiration chez les porteurs de pneumothorax artificiel pendant l'effort physique.

Dans la détermination de certaines des manifestations pathologiques qui se constatent chez les porteurs de pneumothorax artificiel le rôle de l'effort physique est souvent de premier plan.

Très rares sont les cas de porteurs de pneumothorax artificiel qui peuvent assurer sans inconvénient un travail manuel réellement fatigant, demandant des efforts physiques fréquents et prolongés.

La physiologie de la respiration au repos en cas de pneumothorax artificiel n'est pas profondément modifiée ainsi que la thèse de Ch. TROCME, après les travaux de BRIEGER et de PARRY-MORGAN, l'a récemment montré.

Ces travaux détruisent les théories classiques concernant le mode d'action du pneumothorax artificiel.

Ils montrent en effet que le pneumothorax artificiel agit en libérant le poumon de son assujettissement à la forme du thorax par la suppression de la résistance qu'apporte le vide pleural à l'élasticité pulmonaire.

Cette libération accorde à chaque territoire une respiration proportionnelle à sa souplesse relative, favorisant ainsi le repos des parties malades en même temps qu'elle assure une expansion parfaite des parties saines.

Par ailleurs, tous les mouvements respiratoires de la cage thoracique sont intégralement transmis aux poumons quelle que soit la pression dans le pneumothorax artificiel.

Au repos, l'amplitude des mouvements respiratoires est loin d'être comparable aux possibilités maxima de la respiration. Ces mouvements suffisent presque toujours, même chez les porteurs de pneumothorax artificiel, à assurer la ventilation physiologique des poumons ou air courant.

A l'effort il n'en n'est plus de même. Normalement l'air courant augmente, non seulement la respiration est plus rapide, mais elle est plus ample.

Le pneumothorax artificiel laisse au repos, à la respiration courante une marge suffisante entre l'air de réserve et l'air complémentaire, mais cette marge est minime. Les travaux de BRIEGER, PARRY-MORGAN, TROCME ont montré que le pneumothorax artificiel peut déterminer un réel blocage mécanique soit de l'expiration qui se trouve limitée par le collapsus total du poumon à bout de course, soit de l'inspiration, la dilatation maxima du thorax étant atteinte avant que les poumons se soient complètement remplis d'air. Ces faits se caractérisent par la réduction presque constante de la capacité vitale chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

Nous avons, étant externe dans le service de notre Maître M. le Dr RIST, fait par curiosité quelques très simples expériences qui se trouvent être d'accord avec les constatations de BRIEGER, PARRY-MORGAN, TROCME, et qui cherchaient à montrer les modifications de la physiologie de la respiration à l'effort chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

Nous avons noté, tout d'abord au repos, puis après un effort physique qui consistait à monter rapidement un escalier, le nombre de respirations à la minute, l'ampli-

tude de celles-ci mesurées en centimètres par différence entre l'expiration et l'inspiration habituelles, l'air courant, la capacité vitale, et la fréquence du pouls.

Nous avons pris ces mesures chez un homme et une femme normaux, sur deux hommes et deux femmes porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral, et chez une femme porteuse d'un pneumothorax artificiel bilatéral.

Elles sont exposées dans le tableau ci-après :

Chez l'homme et chez la femme normaux l'effort demandé a accéléré la fréquence de la respiration d'un peu plus du tiers ; chez les porteurs de pneumothorax artificiel de la moitié environ.

L'indice respiratoire a plus que doublé chez les sujets sains ; en cas de pneumothorax artificiel unilatéral il a augmenté de la moitié ou des trois-quarts ; en cas de pneumothorax artificiel bilatéral d'un quart seulement.

L'air courant a sensiblement augmenté chez les sujets sains ; il est resté stationnaire ou a diminué chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

La capacité vitale a toujours diminué, du fait, pensons-nous, d'une expiration moins complète. Son abaissement est beaucoup plus marqué chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

Le nombre des pulsations a toujours augmenté, mais peu chez les sujets normaux (de $1/8$) ; chez les porteurs de pneumothorax artificiel unilatéral de $1/5$ et plus, et en cas de pneumothorax bilatéral de plus de $1/3$.

Nous avons en outre constaté, dans un cas de pneumothorax artificiel unilatéral et chez le porteur de pneumothorax artificiel, bilatéral un certain degré de cyanose des lèvres et des extrémités à la fin de l'effort.

Tous ces troubles ont mis plus longtemps à disparaître chez les porteurs de pneumothorax artificiel que chez les sujets normaux.

TABLEAU II.

Sujets	Au repos					Après l'effort							
	Nombre de respi-rations	Indice respi-ratoire	Air cour-ant	Capacité vitale	Pouls	Temps de mon-tée	Nombre de respi-rations	Durée de la dyspnée	Indice respi-ratoire	Air cour-ant	Capacité vitale	Pouls	Trou-bles objec-tifs
Sujet normal													
Homme	16	6 mm.	580 cc.	4.200 cc.	58	35"	21	1'30"	12 mm.	620 cc.	3.900 cc.	65	0
Femme	20	5 mm.	490 cc.	3.400 cc.	66	40"	28	1'45"	11 mm.	570 cc.	3.000 cc.	74	0
P. A. unilatéral													
Homme	20	4 mm.	460 cc.	2.300 cc.	62	40"	30	2'30"	6 mm.	380 cc.	1.200 cc.	80	0
Homme	19	5 mm.	520 cc.	2.700 cc.	64	43"	28	2'15"	8 mm.	450 cc.	1.800 cc.	78	0
Femme	24	4 mm.	420 cc.	1.500 cc.	70	48"	34	2'40"	6 mm.	350 cc.	1.000 cc.	84	0
Femme	25	3 mm.	460 cc.	1.800 cc.	74	50"	34	2'50"	5 mm.	370 cc.	1.100 cc.	88	légère cyanose
P. A. bilatéral													
Femme	28	3 mm.	400 cc.	1.500 cc.	68	1'10"	42	3'45"	4 mm.	290 cc.	800 cc.	92	cyanose nette

Les porteurs de pneumothorax artificiel qui nous ont servi à prendre ces mesures étaient des sujets non habitués à une vie active. La reprise d'une vie normale détermine certainement une accoutumance du sujet à son état, et une meilleure adaptation du poumon à son nouveau mode de fonctionnement ; aussi les chiffres que nous avons notés correspondent-ils sans doute à un maxima.

La plupart des sujets que nous avons observés actuellement ne présentent aucune gêne. Cependant, lorsque nous avons mesuré leur capacité vitale, nous l'avons presque toujours trouvée diminuée, et souvent ces sujets nous ont raconté qu'un effort un peu intense et prolongé les essoufflait.

La présence d'un pneumothorax artificiel détermine donc, à part quelques cas exceptionnels, une gêne de la respiration d'effort qui ne peut pas s'établir aussi facilement que chez les sujets normaux à un taux élevé.

Si les efforts sont intenses et prolongés, il en résulte certainement une perturbation de la fonction respiratoire qui doit porter principalement sur l'hématose.

La respiration s'accélère, comme chez les sujets normaux, plus même, mais est moins ample et l'air courant, au lieu d'augmenter, reste stationnaire ou diminue. Il n'y a plus hyperventilation.

BRIEGER a montré que la tension intra-alvéolaire de l'acide carbonique tombe. Non seulement le sang s'oxygène mal, mais l'acide carbonique, dont l'effort activant les combustions augmente le taux, est retenu en partie. Par son action sur le centre bulbaire il va accentuer les troubles respiratoires établissant un cercle vicieux lent à se rompre, ainsi que le montre le temps prolongé durant lequel nous avons constaté la dyspnée.

L'accélération du pouls traduit également l'augmentation des échanges respiratoires à l'effort. En cas de pneumothorax artificiel cette accélération est même plus que

normale, c'est là sans doute un essai de suppléance à la déficience pulmonaire, mais inefficace car, ainsi que l'a montré BRIEGER, le flux sanguin se trouve ralenti dans le moignon pulmonaire.

Ainsi donc le porteur de pneumothorax artificiel est moins apte qu'un sujet normal à assurer en cas d'effort une hémاتose satisfaisante. Les phénomènes physiologiques s'ébauchent mais restent insuffisants. Qu'un effort répété et prolongé lui soit demandé, son état général s'en ressentira certainement.

De plus ainsi que l'a montré TROCME tout mouvement de la paroi étant intégralement transmis au poumon sous-jacent à travers la bulle gazeuse du pneumothorax artificiel dont la dilatation est négligeable, on peut penser que l'amplitude anormale de l'expansion pulmonaire que détermine la dyspnée d'effort vient amoindrir l'efficacité de la collapsothérapie.

Dans ce même domaine nous avons constaté (obs. 44, 57, 87, 90), que l'effort physique favorise la résorption du gaz contenu par la plèvre. Parfois au bout d'une semaine déjà, le poumon se trouve presque revenu à la paroi et le pneumothorax artificiel devenu donc inefficace. Lorsque le sujet s'est fait insuffler très fréquemment et régulièrement cela a été sans importance, mais, dans les cas contraires, nous avons vu les accidents fâcheux que cette tendance rapide à la décompression peut entraîner.

En conclusion de cette brève étude de la physiologie de la respiration d'effort chez les porteurs de pneumothorax artificiel, il résulte bien qu'un travail manuel particulièrement intense et prolongé ne peut être effectué sans inconvénient sérieux et, parfois, sans dangers très réels.

CHAPITRE VI

Avantages économiques du traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel.

La tuberculose étant une maladie sociale, il est juste que l'on tienne compte dans l'appréciation de la valeur d'une thérapeutique non pas seulement de considérations d'ordre médical, mais aussi des avantages sociaux et économiques que cette thérapeutique peut apporter, bref, que l'on se place au point de vue du rendement.

La lutte contre la tuberculose impose à l'Etat, aux œuvres privées, aux individus eux-mêmes de lourdes charges pécuniaires. On peut se demander si les résultats économiques justifient les sacrifices consentis, si les dépenses engagées sont réellement productives.

Déjà, en 1923, MM. RIST et HIRSCHBERG, à la séance du 12 janvier de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, avaient abordé l'étude de l'aspect social et économique du traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel et montré que celui-ci, « fait largement ses frais ».

Cette étude économique se base sur la notion de « capital humain », c'est-à-dire celle de la valeur productive annuelle de chaque individu. Notion un peu abstraite, qui n'a de sens que par rapport à la collectivité en tant que partie de la richesse sociale globale.

On peut néanmoins évaluer ce capital humain en étalon financier. MM: L. L. DUBLIN et WITHNEY l'estimaient en 1921 à 100 dollars or.

La tuberculose est coûteuse d'une double manière.

D'une part, elle rend les individus qu'elle frappe improductifs, ce qui est pour la collectivité une perte sèche non récupérable.

De l'autre, elle contraint à des frais d'entretien et de traitement.

Dans les deux cas plus courte sera la durée de la maladie, plus tôt les tuberculeux seront aptes à reprendre une vie sociale productive et à subvenir à leurs besoins, moins grandes seront les pertes en capital humain et moindres les frais.

Ainsi donc, il y a tout avantage à abréger le plus possible la durée de la maladie en engageant pour cela des fonds même importants.

Il existe un rapport indéniable entre les frais engagés et les résultats obtenus ; ainsi que le montrent les statistiques des pays ou des associations qui ont méticuleusement organisé la lutte antituberculeuse (Danemark, Metropolitan Life insurance Company, New York).

Le pneumothorax artificiel est de toutes les thérapeutiques actuelles de la tuberculose celle qui donne les résultats les plus rapides et les plus solides. Il permet, ainsi que l'indique la statistique que nous avons faite au début de notre travail, la récupération de 38 % des tuberculeux traités par cette méthode, après un an environ avec le maximum de garanties de sécurité, ayant ainsi abrégé le temps de cure coûteux et celui d'incapacité de travail improductif.

Ayant pu connaître le gain mensuel approximatif de 40 des porteurs de pneumothorax artificiel dont nous avons recueilli les observations (20 hommes et 20 femmes),

nous nous proposons de chercher à savoir en quelle mesure les dépenses engagées ont été productives et dans quelle proportion le pneumothorax artificiel permet de diminuer la perte en capital humain causée par la tuberculose.

Les 20 hommes ont travaillé durant 30 mois en moyenne jusqu'au 1^{er} mai 1935.

Ils ont regagné 26.750 francs par mois, soit un gain mensuel moyen par individu de 1.337 francs.

Le total de la somme ainsi récupérée durant ces 30 mois de travail est donc de 802.500 francs.

Le traitement de leur maladie avait nécessité en moyenne 9 mois d'hospitalisation coûteuse.

En admettant qu'en moyenne un mois d'hospitalisation coûte 1.000 francs, la somme dépensée pour le traitement de ces 20 hommes a été de 180.000 francs.

En comparant le capital humain récupéré (802.500 fr.) aux 180.000 francs de dépenses de cure le bénéfice est de 622.500 francs.

Les 20 femmes ont travaillé en moyenne 25 mois jusqu'au 1^{er} mai 1935.

Elles ont regagné 17.800 francs en moyenne par mois, soit un gain mensuel moyen de 890 francs par individu.

Le total récupéré est de 445.000 francs.

Le traitement avait nécessité en moyenne 13 mois d'hospitalisation, soit une dépense de 260.000 francs.

En comparant le capital récupéré aux dépenses, le bénéfice est de 185.000 francs.

Ainsi donc dans les deux cas le bénéfice est manifeste.

Cette étude peut être conduite d'une façon un peu différente.

Les frais de traitement se trouvent être avec le temps de plus en plus productifs, aussi est-il juste de faire intervenir la durée.

Nous remarquons ainsi que les hommes ont mis un

peu plus de 7 mois à récupérer (en capital humain) les frais de leur traitement, tandis que les femmes gagnant moins ont mis un peu plus de 14 mois à combler le déficit.

Au point de vue du rendement social, les hommes sont plus « avantageux » que les femmes. Ils gagnent davantage, travaillent plus, sont moins longtemps la cause de frais de traitement, frais qu'ils remboursent plus vite par leur travail.

Cependant dans les deux sexes, il y a tout bénéfice.

Ces chiffres demandent quelques commentaires.

Ce bilan ne saurait, en effet, se juger exactement comme celui d'une affaire commerciale en « doit » et « avoir ».

En effet, d'une part, il s'agit de « capital humain », c'est-à-dire d'une valeur non monnayable, n'appartenant qu'à la richesse collective et qui devrait plus exactement être appréciée en étalon de rendement tel qu'« heure de travail » ; et, de l'autre, une très réelle valeur financière « sonnante et trébuchante » qui a dû être dépensée par l'Etat, les œuvres privées ou les individus eux-mêmes et qui, en fait, n'a pas été à proprement parler remboursée.

Il n'en reste pas moins que ce capital « non remboursable » se trouve, pour la richesse sociale, être très productif ainsi que le montrent nos calculs.

Cette étude montre que le pneumothorax artificiel fait en effet largement ses frais ; mais nous n'avons pas tenu compte du manque à gagner qui, en « capital humain », reste une perte énorme. Le pneumothorax artificiel, en autorisant la reprise du travail, permet cependant de diminuer, de réduire même au minimum, ce manque à gagner.

Nous pouvons nous en rendre compte.

En effet, l'étude statistique des reprises de travail

parmi les agents tuberculeux de l'Assistance Publique de Paris nous avait donné les chiffres suivants :

Sur 100 tuberculeux, 16 seulement sont traités par le pneumothorax artificiel et cependant ces 16 fournissent, à eux seuls, autant de reprises de travail que les 84 autres.

Ce dont on peut déduire qu'au point de vue de la récupération un tuberculeux traité par pneumothorax artificiels vaut 5 tuberculeux non traités de cette manière, en chiffre rond.

Nous avons vu que sur 100 porteurs de pneumothorax artificiel, 38 sont au bout d'un temps variable aptes à reprendre et à assurer une activité. Sur 100 tuberculeux non traités par pneumothorax artificiels, il n'y aura donc que 5 fois moins de reprises de travail, soit 8 en chiffre rond.

Évaluons maintenant, toutes choses égales d'ailleurs, le capital récupéré en un an par 100 tuberculeux traités par pneumothorax artificiel et celui récupéré dans le même temps par 100 tuberculeux non traités par le pneumothorax artificiel en prenant par exemple le gain mensuel moyen des hommes que nous avons choisis tout à l'heure.

I. Porteurs de pneumothorax artificiel :

38 travaillent : gain	609.672 fr.
62 ne travaillent pas : manque à gagner	994.728 fr.
Soit en 1 an un déficit de	385.056 fr.

II. Tuberculeux non traités par pneumothorax artificiel :

8 travaillent : gain	128.352 fr.
92 ne travaillent pas : manque à gagner	1.476.048 fr.
Soit en 1 an un déficit de	1.347.706 fr.

Dans les deux cas, le manque à gagner l'emporte sur le gain récupéré, mais combien plus en cas de non pneumothorax artificiel !

En comparant les deux déficits, nous voyons que le pneumothorax artificiel a permis de réduire de 862.650 fr. la perte annuelle en capital humain, soit de 64 %.

Encore faut-il ajouter que c'est là un minimum. Nous avons, en effet, supposé les 8 tuberculeux non traités par pneumothorax artificiel capables d'être aussi rapidement rendus à l'économie sociale que les porteurs de pneumothorax artificiel. En réalité, il n'en n'est très probablement pas ainsi. En outre ces 8 % ne présentent pas les mêmes garanties de sécurité.

Nous pouvons donc dire, en conclusion de cette brève étude du rendement économique du pneumothorax artificiel, que cette méthode de traitement de la tuberculose a l'avantage de parer en une certaine mesure à la double perte que cause l'endémie tuberculeuse, manque à gagner et frais de traitement, dans des conditions très remarquables de rendement, étant donné la forte proportion de récupérations qu'elle permet (38 %) et la rapidité de son efficacité, qui abrège et le temps improductif et la durée des frais de traitement, frais de traitement qui se trouvent d'autant plus justifiés.

Dans la lutte contre la tuberculose, la collapsothérapie mérite donc une place de premier plan, tant au point de vue clinique par les résultats thérapeutiques remarquables qu'elle autorise dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire, qu'au point de vue économique et social par son excellent rendement.

Conclusions générales.

L'étude statistique de 100 cas de pneumothorax artificiel unilatéraux ou bilatéraux, travaillant ou ayant travaillé, fournit les constatations suivantes :

- Le pneumothorax artificiel n'est institué que dans la proportion de 17 % environ des cas de tuberculose.
- Il permet néanmoins à lui seul la récupération d'autant de travailleurs que toutes les autres méthodes thérapeutiques de la tuberculose réunies.
- En moyenne 38 % des porteurs de pneumothorax artificiel sont au bout d'un temps variable capables de reprendre une activité.
- 76 % des cas supportent bien l'épreuve du travail.
- 24 % des cas sont incapables d'assurer régulièrement une activité.

Les professions que nous avons observées ont été des plus diverses. L'épreuve du travail a toujours duré suffisamment longtemps pour acquérir toute sa valeur.

Après l'institution du pneumothorax artificiel la proportion des professions calmes et sédentaires augmente au détriment des métiers manuels. Cependant c'est la très faible minorité des sujets qui change de profession.

La décision de la reprise d'une activité est laissée, dans plus de la moitié des cas, à l'autorité médicale.

Il importe que les porteurs de pneumothorax artificiel déclarent leur état à leurs employeurs afin d'obtenir les ménagements nécessaires.

Il est indispensable que les porteurs de pneumothorax artificiel qui travaillent soient placés sous une surveillance médicale stricte, afin que tout fléchissement de leur état clinique soit immédiatement reconnu, et que toutes les précautions puissent être prises.

Il est désirable qu'il existe entre l'autorité médicale et l'employeur des relations qui, tout en respectant le secret professionnel, permettent au porteur de pneumothorax artificiel de remplir ses fonctions sans inconvénient.

Dans les grandes administrations qui ont organisé un service médical, ce fait est grandement facilité.

Les insufflations doivent être régulièrement faites et poursuivies ; ce qui devrait toujours être possible.

Le pneumothorax artificiel présente une garantie de sécurité indéniable ; aussi ne devra-t-il être interrompu que, au minimum, 4 ans après la disparition durable des bacilles de Koch dans les expectorations.

L'existence d'une dyspnée d'effort constitue une incapacité de travail partielle, de travail manuel surtout.

Un amaigrissement que n'explique pas une poussée évolutive n'est pas une contre-indication au travail.

Selon le sexe il apparaît que ce sont les hommes qui sont le plus fréquemment influencés par le travail proprement dit, tandis que les femmes subissent plus souvent l'action des facteurs sociaux et psychologiques.

Le travail intervient certainement d'une façon plus défavorable chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes.

Dans l'appréciation de l'état de résistance d'un sujet, il semble qu'il y ait intérêt à rechercher ses antécédents personnels ou familiaux de tuberculose.

Lorsque la maladie a débuté insidieusement et progressivement, il semble qu'il y ait lieu d'en tenir compte comme d'un facteur plutôt défavorable.

Le côté où siègent les lésions n'importe pas en lui-même. Mais toute bilatéralisation initiale des lésions est un facteur de gravité certain.

Les lésions nodulaires diffuses sont celles qui supportent le plus mal l'épreuve du travail.

Plus la collapsothérapie est tardive, moins grandes sont les chances de guérison durable et plus nombreux sont les cas qui supportent mal l'épreuve du travail.

La tendance évolutive des lésions au moment de la création du pneumothorax artificiel importe peu.

Il est préférable que le pneumothorax artificiel soit institué à l'hôpital, le malade étant placé sous surveillance stricte.

Presque tous les sujets que nous avons observés ont été porteurs d'un pneumothorax artificiel satisfaisant et rapidement efficace.

Les pleurésies du pneumothorax artificiel, loin d'assombrir le pronostic, peuvent avoir une influence heureuse.

Le déplacement des organes du médiastin n'influe pas défavorablement.

La tendance à la résorption rapide du gaz n'a pas d'inconvénient lorsque le pneumothorax artificiel peut être fréquemment réinsufflé.

Par contre, les perforations pleuro-pulmonaires doivent être toujours considérées comme des accidents sérieux.

La réapparition d'une évolution tuberculeuse avant la reprise du travail diminue l'aptitude d'un porteur de pneumothorax artificiel à une activité ultérieure.

La cure sanatoriale, les sections de brides, la phrénicectomie, lorsqu'elles sont nécessaires, contribuent à renforcer l'état de résistance des sujets ; les sels d'or, non.

L'ancienneté du pneumothorax artificiel et surtout celle de la guérison durable calculée à partir de la date de disparition définitive des bacilles de Koch dans les expectorations est de première importance.

Avant de permettre la reprise d'une activité il faudra s'assurer que la guérison est parfaite depuis un an et demi au minimum.

Il est désirable que le porteur de pneumothorax artificiel ne recommence à travailler que très progressivement.

Presque toutes les professions peuvent être remplies par les porteurs de pneumothorax artificiel.

Il faut tenir compte de l'intensité des efforts physiques demandés, de la durée du travail et des conditions d'hygiène dans lesquelles il est effectué.

Les célibataires mènent souvent une vie irrégulière et désordonnée dont l'influence surajoutée à celle du travail peut retentir très fâcheusement sur leur état clinique.

Les porteurs de pneumothorax artificiel mariés sont fréquemment contraints au travail par leurs charges de famille.

La grossesse peut être parfaitement supportée et menée à terme par une porteuse de pneumothorax artificiel.

Un logement hygiénique et aéré est désirable ; il importe surtout que le porteur de pneumothorax artificiel habite à proximité de son travail.

Les facteurs psychologiques et sentimentaux jouent un rôle immense et bien souvent interviennent très défavorablement. Dans ce domaine, les infirmières d'assistance sociale rendent les plus grands services.

Le pneumothorax artificiel bilatéral n'est pas incompatible avec une vie normale, mais il demande des précautions toutes particulières.

Il doit être institué précocement.

Les lésions ulcéro-caséeuses d'emblée bilatérales semblent être celles qui ont le meilleur pronostic.

Toute rechute consécutive à l'épreuve du travail est une contre-indication à une reprise ultérieure d'activité.

L'effort physique perturbe la physiologie de la respiration chez les porteurs de pneumothorax artificiel.

La respiration ne pouvant s'équilibrer à un taux élevé reste déficiente ; il s'ensuit notamment de la dyspnée et des troubles de l'hématose.

Les violents mouvements de la respiration d'effort sont intégralement transmis au moignon pulmonaire et amoindrissent l'efficacité de la collapsothérapie.

L'effort physique favorise la résorption rapide du gaz.

Le pneumothorax artificiel a de remarquables avantages économiques et sociaux. Il abrège et le temps d'incapacité de travail improductif et la durée des frais de traitement.

Non seulement il fait largement ses frais, mais encore il permet de réduire très sensiblement la perte annuelle en capital humain causée par l'endémie tuberculeuse.

Vu : le Président de la thèse,

SERGENT.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Observations.

OBSERVATION 1. — M^{me} M. C., 29 ans. Fille de salle dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche apicale excavée ayant débuté insidieusement en février 1928, cinq mois après une pleurésie.

En mai 1928, la malade entre à l'hôpital, subfébrile et présentant un état général médiocre.

Un P. A. G. (1) est créé facilement le 24 mai 1928. Le collapsus total est rapidement efficace. La malade sort de l'hôpital à la fin de juin, très améliorée. L'homogénéisation de ses crachats reste négative. Une cure sanatoriale de neuf mois consolide ce résultat.

En mars 1931, après trois ans de repos à Paris, M^{me} M. C... recommence à travailler. Son P. A. (2) a été régulièrement entretenu, sans complications. M^{me} M. C... est actuellement en bon état clinique.

Le travail effectué, peu fatigant, consiste en contrôle de voitures automobiles en usine. Il a été régulièrement poursuivi. Gain mensuel : 900 francs.

M^{me} M. C..., dont le mari est décédé en 1926 de tuberculose pulmonaire, mène une vie calme et régulière dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 2. — M^{me} G. J..., 26 ans. Ouvrière en usine.

Début apparent de la maladie en décembre 1930 par un épisode aigu fébrile. Une tuberculose nodulaire diffuse droite est aussitôt diagnostiquée. La malade fait un séjour en sanatorium de mars 1931 à août 1932. Un P. A. D. (3) est institué

1. P. A. G. = Pneumothorax artificiel gauche.

2. P. A. = Pneumothorax artificiel.

3. P. A. D. = Pneumothorax artificiel droit.

en juin 1931. Le décollement assez étendu est efficace, quoique compliqué de liquide en avril 1932.

Après un an de repos en ville, la malade reprend d'emblée un travail manuel fatigant en usine (emballage de chocolats, parfois douze heures par jour, gain mensuel : 750 francs) ; elle a été très régulièrement suivie. Une ponction a été nécessaire. En novembre 1933, M^{me} G. J... s'est mariée. Actuellement, elle présente un bon état général, quoique amaigrie.

La mère et la sœur de M^{me} G. J... sont décédées de tuberculose. Celle-ci vit actuellement dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 3. — M^{lle} B. J..., 22 ans. Vendeuse.

La maladie a débuté progressivement et insidieusement en juillet 1932. En novembre 1932, une tuberculose nodulaire diffuse gauche avec cavité sous-claviculaire est diagnostiquée. La malade entre en salle, fébrile, en mauvais état général, expectorant des B. K.

En décembre 1932, un P. A. G. est institué. Quoique limité par une adhérence pariétale, il est très rapidement efficace. A sa sortie de salle (mars 1933), l'état général est excellent et les B. K. ont disparu.

M^{lle} B. J... se repose un an à Paris, puis recommence à travailler. Le P. A. a toujours été excellent, mais depuis la reprise de travail, la malade a maigri.

M^{lle} B. J... a repris, en mars 1934, sans autorisation médicale, le même travail qu'elle n'assure du reste pas régulièrement.

Elle vit dans de bonnes conditions, mais sans se ménager.

OBSERVATION 4. — M^{lle} M. M..., 32 ans. Domestique.

La maladie a débuté insidieusement en juin 1929. En avril 1930, une lobite supérieure droite excavée est reconnue. La malade entre en salle, fébrile, expectorant des B. K.

Un P. A. D. est institué en mai 1930. Malgré une bride axillaire, il est très efficace.

Une cure sanatoriale de vingt mois, pendant laquelle deux poussées de liquide se sont produites, consolide ce résultat.

Depuis mai 1932, M^{lle} M. M... travaille comme bonne à tout faire, sans précautions particulières. Son état général s'est maintenu constamment bon ; le P. A., régulièrement entretenu, est très satisfaisant.

Gain mensuel : 450 francs.

M^{lle} M. M... mène une vie régulière dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 5. — M^{lle} S. M..., 35 ans. Employée de bureau aux P. T. T.

Début insidieux et progressif de la maladie en mai 1930. Un mois plus tard la malade entre à l'hôpital, présentant peu de S. F. et S. G. (1) mais expectorant des B. K. et présentant dans le poumon gauche une caverne sous-claviculaire. Un P. A. G. est immédiatement institué ; très bon, il est aussitôt efficace.

M^{lle} S. M... se repose quatre ans dans le Midi.

En juillet 1934, elle revient à Paris et reprend le même travail qu'avant sa maladie, travail qu'elle a assumé régulièrement et qui n'a pas modifié son P. A. et son état clinique.

M^{lle} S. M..., bien logée, mène une vie calme dans sa famille.

OBSERVATION 6. — M^{me} R. A..., 23 ans. Dactylographe.

La maladie a débuté brusquement, en juin 1932, par un épisode aigu fébrile. En août 1932, une tuberculose excavée du poumon gauche avec B. K. dans les crachats est reconnue. La malade entre à l'hôpital ; son état général est peu atteint.

Un P. A. G. total est institué aussitôt ; compliqué de liquide, il ne tarde pas cependant à être efficace.

En octobre 1932, la malade ne crachant plus de B. K. et porteuse d'un excellent P. A. part en sanatorium où elle reste quatre mois.

A son retour, elle prend un commerce. Au bout de deux

1. S. F. = Signes fonctionnels.

S. G. = Signes généraux.

mois, des soucis familiaux et matériels l'obligent à se reposer à nouveau deux mois.

Depuis, M^{me} R. A... a été coiffeuse, puis a repris son travail de dactylo. Elle est fréquemment fatiguée ; le P. A. est compliqué de liquide.

Cependant, actuellement, M^{me} R. A..., qui vit avec son mari et une fillette âgée de 6 ans, dans de bonnes conditions, présente un état clinique satisfaisant.

OBSERVATION 8. — M^{lle} C. R..., 30 ans. Conditionneuse en pharmacie.

Tuberculose unilatérale droite, ayant débuté insidieusement en novembre 1932. En octobre 1933, la malade présentant des troubles généraux et fonctionnels importants, avec B. K. dans ses crachats, entre à l'hôpital. Un cliché montre des taches diffuses sous-claviculaires droites. Un P. A. D. est institué ; quoique limité par des adhérences, il est rapidement efficace.

De janvier 1934 à août 1934, la malade fait une cure en sanatorium, puis elle a recommencé à travailler comme auparavant, d'emblée, dans de bonnes conditions. Gain : 800 francs par mois.

Le P. A. et l'état clinique n'ont pas été modifiés.

M^{lle} C. R... vit avec sa sœur en hôtel.

OBSERVATION 9. — M^{lle} C. Y..., 39 ans. Pailleuse de chaise.

La maladie a débuté en février 1932 par un épisode aigu de type grippal. Un mois plus tard, une infiltration diffuse du poumon gauche ainsi que quelques petites taches dans le sommet droit sont constatées chez cette malade, fébrile, fatiguée, amaigrie, toussant beaucoup et expectorant des B. K.

Un P. A. G. est institué, le collapsus est étendu et efficace. De mars à octobre 1932 la malade se repose d'abord chez elle, puis en sanatorium. Une poussée liquidienne se déclare, qui fait interrompre pendant trois mois les insufflations ; les B. K. réapparaissent dans les expectorations, puis le liquide se résorbe, le P. A. est repris, la malade rentre en décembre 1932 à Paris et se remet à travailler. Durant l'année 1933, deux

nouvelles poussées de liquide surviennent, accompagnées de fièvre et de fatigue ; le P. A. peut cependant être entretenu. M^{lle} C. Y... continue à travailler. En juin 1934, nouvel épisode aigu fébrile. Un cliché montre une extension des taches apicales droites.

La malade se repose un mois en Bretagne, mais son état empire. En août, elle entre en salle, très fatiguée, fébrile, expectorant des B. K. et présentant à droite une lobite supérieure excavée. Le P. A. G. était resté satisfaisant.

La bilatéralisation du P. A. est tentée avec succès et se montre efficace ; si bien que, en novembre 1934, la malade rentre chez elle ; mais, contrainte par de lourdes charges de famille, elle recommence à travailler. Quinze jours plus tard, la fièvre réapparaît, la fatigue est extrême, les expectorations sont de nouveau bacillifères. Depuis, M^{lle} C. Y... est hospitalisée et son état est des plus mauvais.

M^{lle} C. Y... est une fille-mère de deux enfants de 9 et 10 ans, elle a en outre à sa charge son père âgé de 66 ans, toussueur habituel. Sa sœur est décédée de tuberculose pulmonaire. M^{lle} C. Y... a vécu dans deux chambres mal aérées, où elle travaillait parfois de 6 heures du matin à minuit, faisant en plus les courses pour aller chercher et rendre son ouvrage.

OBSERVATION 10. — M^{lle} G. G... Dactylographe.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche de type nodulaire localisée à l'interlobe, ayant débuté par une hémoptysie en février 1932. Nouvelle hémoptysie en novembre 1932 sans autres troubles ni B. K.

P. A. G. ambulatoire bon, quoique limité par brides.

M^{lle} G. G... s'est reposée un an à la campagne puis a repris progressivement son travail de dactylo dans de très bonnes conditions. Son état clinique actuel est excellent. Gain mensuel : 550 francs.

OBSERVATION 11. — M^{lle} D. O..., — 33 ans. Officière de l'Armée du Salut.

Tuberculose pulmonaire excavée du sommet droit ayant

débuté en décembre 1931 par un épisode aigu fébrile avec hémoptysie bacillifère. P. A. D. institué en sanatorium, très étendu, immédiatement efficace, ayant présenté une poussée liquidienne.

La reprise du travail en janvier 1934 n'a pas influencé le P. A. et l'état clinique. Ce travail, assez fatigant, consiste à diriger une maison charitable.

OBSERVATION 12. — M^{me} P. M..., 34 ans. Fille de salle dans un restaurant.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche ayant débuté en octobre 1932 insidieusement.

En mars 1933, un P. A. G. est institué à l'hôpital sur des lésions franchement évolutives ; il est total et immédiatement efficace.

En juin 1933, M^{me} P. M..., en excellent état général, ne crachant plus de B. K., reprend les soins de son ménage, puis en octobre 1934 son service de fille de salle dans un restaurant, service qu'elle a assuré depuis lors régulièrement sans s'en ressentir, quoique fatigant, dix heures par jour. Gain mensuel : 500 francs.

M^{me} P. M... vit en banlieue dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 13. — M^{lle} B. F..., 30 ans. Domestique.

Tuberculose pulmonaire nodulaire diffuse des deux tiers inférieurs du poumon gauche, ayant débuté en août 1926 par une hémoptysie. Pendant quatre ans la malade est restée sans se soigner ; en août 1930 poussée évolutive caractérisée.

Un P. A. D., bon malgré un bride apicale et un léger déplacement médiastinal est institué le 10 septembre 1930 à l'hôpital. La malade a quitté l'hôpital en janvier 1931 en excellent état ne crachant plus du tout. Elle a fait une cure de six mois en sanatorium et depuis travaille à faire des ménages parfois de 5 heures du matin à 5 heures du soir sans que son état et son P. A. s'en ressentent. Gain : 750 francs par mois.

M^{lle} B. F... est bien logée et mène une vie très régulière.

OBSERVATION 14. — M^{lle} T. K..., 22 ans. Lingère.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante et excavée à gauche ayant débuté insidieusement en novembre 1931. En septembre 1932, après deux hémoptysies bacillifères, un P. A. G. est institué en salle ; quoique rapidement compliqué de liquide, il est efficace.

M^{lle} T. K... a fait une cure de huit mois en sanatorium puis a assuré son travail régulièrement sans défaillance.

M^{lle} T. K..., orpheline, vit dans une institution charitable.

OBSERVATION 15. — M^{me} M. N..., 34 ans. Sans profession.

Tuberculose pulmonaire excavée unilatérale droite ayant débuté en mai 1932 par un épisode aigu fébrile, traitée en août 1932 par un P. A. D. établi en sanatorium, P. A. bon et efficace malgré une bride apicale.

En août 1934, M^{me} M. N... s'est établie couturière. Ce travail n'a pas eu d'autre retentissement sur son état général qu'un amaigrissement marqué.

La mère, un frère, une sœur de M^{me} M. N... sont décédés de tuberculose pulmonaire. Des soucis financiers ont contraint M^{me} M. N... à travailler.

Elle est bien logée et mène une vie régulière.

OBSERVATION 16. — M^{me} S. M..., 28 ans. Employée de banque.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, de type nodulaire localisée au sommet, ayant débuté en avril 1931 par une hémoptysie. En avril 1932, nouvelle hémoptysie ; celle-ci bacillifère sans autre trouble.

En juillet 1932, un P. A. D. est institué à l'hôpital. Le décollement est partiel. Les B. K. disparaissent mais l'état général ne s'améliore qu'en janvier 1933 à la suite de trois mois de cure sanatoriale et d'une crise liquidienne.

M^{me} S. M... n'a recommencé à travailler qu'en juin 1934, progressivement, comme téléphoniste dans une banque. Elle est toujours très essoufflée après les insufflations. Son P. A. et son état général se maintiennent néanmoins satisfaisants. Gain mensuel : 700 francs.

M^{me} S. M..., dont le mari est décédé en 1929 de tuberculose pulmonaire, vit avec sa fille dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 17. — M^{lle} L. O..., 33 ans. Couturière.

Tuberculose pulmonaire unilatérale à type de condensation lobaire supérieure excavée, ayant débuté insidieusement en novembre 1928.

En avril 1929, la malade, apyrétique, mais présentant un état général médiocre, et expectorant des B. K., entre à l'hôpital. Un P. A. D. est institué. Bon malgré une adhérence, il est rapidement efficace.

M^{lle} L. O... a fait durant quatre ans et demi une cure sanatoriale pendant laquelle le P. A. D. a toujours été excellent, mais quelques taches sont apparues dans le sommet gauche puis se sont résorbées.

Une occupation commerciale peu fatigante a été reprise en octobre 1934, sans retentir sur l'état clinique. Gain : 800 francs par mois.

M^{lle} L. O..., dont un frère est décédé de tuberculose pulmonaire, vit avec ses parents, en banlieue, dans un logement médiocre.

OBSERVATION 18. — M^{me} F. J..., 32 ans. Sans profession.

Tuberculose pulmonaire juxta-scissurale gauche ayant débuté en juillet 1930 par une hémoptysie. En mars 1932, épisode aigu fébrile, avec B. K. dans les expectorations.

Hospitalisée en juin, un P. A. D., bon partiel, institué est efficace. Cure sanatoriale de six mois, puis repos à Paris durant un an. L'état clinique et le P. A. restent excellents.

En mai 1934, M^{me} F. J... travaille comme ouvreuse dans un théâtre tous les soirs et le dimanche après-midi. En été 1934, elle a présenté une poussée liquidienne avec troubles généraux qui l'a contrainte à interrompre pendant deux mois son travail. Depuis lors elle est fréquemment fébrile, elle a maigri, toussé et craché.

M^{me} F. J..., après avoir mené une vie désordonnée, est actuellement bien logée et peut se reposer le matin et l'après-midi. Elle gagne 1.900 francs par mois.

OBSERVATION 19. — M^{me} S. L..., 32 ans. Ménagère.

La maladie a débuté en mai 1929 par un épisode aigu fébrile, avec expectorations bacillifères. Un cliché de cette époque montre à gauche des taches diffuses avec cavités sous-claviculaires et à droite une diminution de la clarté du sommet.

Un P. A. G. institué en salle en août 1929, bon, est efficace. Sans prendre de précaution, en janvier 1930, M^{me} S. L... reprend les soins de son ménage et se surmène.

En juillet 1932, elle présente de la fièvre, se remet à tousser et à cracher. Les lésions droites apparaissent en évolution. Une série de piqûres de sel d'or reste sans effet ; en septembre, la malade entre en salle, présentant des lésions droites excavées diffuses. Le P. A. G. est resté très satisfaisant. On diffère un P. A. D. car l'amélioration spontanée des lésions droites devient manifeste au bout d'un mois.

Cependant, en février 1933, une rechute se produit et le P. A. D. est institué. Malgré deux brides, son action est électorale sur le lobe supérieur, aussi est-elle rapidement efficace et M^{me} S. L. rentre chez elle en avril 1933, très améliorée, n'expectorant plus de B. K.

Elle entreprend, en avril 1934, le métier d'ouvreuse dans un théâtre toutes les après-midi et tous les soirs. Les deux P. A. sont entretenus sans incidents, mais M^{me} S. L... maigrit et présente un état clinique actuel très médiocre. Gain : 1.000 francs par mois.

Elle habite loin de son travail, un logement sain. Elle a perdu un enfant, âgé de 2 mois, de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION 20. — M^{lle} G. F... 23 ans. Aide infirmière dans un service de tuberculeux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite à type de lobite moyenne, ayant débuté par un petit épisode aigu fébrile en février 1933.

La malade, hospitalisée en mars 1933, présente un état général satisfaisant et ne crache pas. Un P. A. D. décolle les lobes supérieurs et inférieurs mais le lobe moyen malade reste retenu par de nombreuses adhérences. Un traitement

complémentaire par le solganal est entrepris. La malade fait une cure de 1 an en sanatorium durant laquelle son état devient excellent.

En juillet 1934, elle reprend chez elle un travail de couture. Son P. A. se décomprime vite. M^{lle} G. F. a maigri.

Elle vit chez ses parents dans des conditions médiocres.

OBSERVATION 21. — M^{lle} C. L..., 23 ans. Vendeuse dans une boulangerie.

En mai 1930, épisode aigu fébrile. En août, on trouve des B. K. dans les expectorations et un cliché montre à gauche une cavité sous-claviculaire et une condensation scissurale ; à droite, quelques petites taches diffuses.

En septembre 1930, la malade entre à l'hôpital, apyrétique mais fatiguée et amaigrie, expectorant des B. K. Un P. A. G. institué reste incomplet, une bride sous tendant la cavité. Les B. K. n'ont disparu que six mois plus tard, la malade étant en sanatorium, à la suite d'une poussée de liquide.

M^{lle} C. L... a repris en mai 1932 son travail de vendeuse dans une boulangerie.

Elle vit chez ses patrons, son père et sa mère étant morts de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 22. — M. G. P..., 40 ans. Employé dans une compagnie de chemins de fer comme serrurier.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite à type de lobite supérieure excavée ayant débuté par un épisode aigu fébrile en juillet 1928, traitée tout d'abord par une cure sanatoriale dont le résultat favorable a permis une reprise de travail en avril 1930.

Mais une rechute s'est déclarée trois mois plus tard ; elle a été traitée par les sels d'or et le repos sans grand bénéfice ; puis en janvier 1931 un P. A. D. a été établi en sanatorium, grand partiel, immédiatement efficace.

Un an plus tard, M. G. P. a repris progressivement son travail de serrurier qu'il a depuis très bien supporté. Il gagne 1.500 francs par mois.

M. G. P..., dont le frère est décédé de tuberculose en juillet 1934, habite un logement sain à proximité de son travail.

OBSERVATION 23. — M. P. H..., 43 ans. Domestique.

Tuberculose unilatérale droite à type de lobite supérieure excavée, ayant débuté en janvier 1929 par un épisode aigu fébrile.

Un P. A. D. a été créé en juin 1929 sur ces lésions évolutives ; limité par une adhérence, il n'a pas été efficace. Une première section de brides a permis une amélioration de l'état général. Une deuxième a fait disparaître les B. K. Une cure sanatoriale de un an a consolidé ces résultats. Puis, M. P. H... a entrepris la gérance d'un café, travail presque incessant de 8 heures à 23 heures qui, cependant, a été bien supporté. Le P. A. a été interrompu en novembre 1933. Depuis, l'état clinique s'est maintenu excellent. Gain : 2.000 francs par mois.

M. P. H... vit dans de bonnes conditions matérielles.

OBSERVATION 24. — M. D. F..., 44 ans. Garçon de salle dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée ayant débuté en 1926 à la suite d'une pleurésie. Evolution lente et torpide jusqu'en avril 1932, date d'une hémoptysie bacillifère et de l'apparition de la cavité.

P. A. D. très efficace, quoique peu visible à l'écran. Cure sanatoriale pendant huit mois.

Depuis, M. D. F... a travaillé comme maçon sans aucune précaution, puis comme cordonnier. L'état clinique et le P. A. sont actuellement excellents.

M. D. F... habite dans la banlieue un logement sain. Il fait chaque jour 30 km. à bicyclette pour se rendre à son travail.

OBSERVATION 25. — M^{me} M. D..., 29 ans. Infirmière.

Tuberculose unilatérale gauche excavée ayant débuté en décembre 1929 par un épisode aigu fébrile prolongé. Hospitalisée de mars à mai 1930, apyrétique, mais expectorant des B. K.

P. A. G. en avril 1930, bon, quoique limité par des brides

et compliqué de liquide. En octobre 1930, les B. K. ayant reparu, une section de brides rend le P. A. total et excellent.

M^{me} M. D... a repris en mai 1933 son travail d'infirmière qu'elle a assuré depuis sans interruption. Elle vit avec sa fille bien portante, dans de bonnes conditions. Gain mensuel : 950 francs.

OBSERVATION 26. — M^{me} E. J..., 22 ans. Couturière.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominant au début à gauche, de type nodulaire diffus, ayant débuté insidieusement en mai 1929. Un mois plus tard un P. A. G. ambulatoire est institué ; partiel, il est cependant efficace, les B. K. disparaissent, l'état général s'améliore ; pas d'évolution à droite. M^{me} E. J... se repose à Paris, le P. A. est entretenu sans complication.

En juin 1930, sans cause apparente se produit un épisode fébrile avec réapparition des B. K. dans les expectorations traduisant une évolution controlatérale. Un cliché montre à gauche un bon P. A., à droite une petite cavité sous-claviculaire.

Un P. A. D. est créé à l'hôpital en août 1930 en même temps que l'on transforme le P. A. G. en oléothorax.

En septembre, la malade, très améliorée, non bacillifère, rentre chez elle et s'y repose jusqu'en juin 1931, date de son mariage.

Depuis, elle seconde son mari dans le métier de tailleur. Elle est bien logée, mène une vie régulière. Son P. A. D. est régulièrement entretenu. L'oléothorax gauche est satisfaisant. Cependant M^{me} E. J... maigrit.

OBSERVATION 27. — M. C. A..., 30 ans. Electricien.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite au début, puis excavée, ayant débuté insidieusement en octobre 1927, traitée en mars 1928 par un P. A. D. total efficace ayant permis, huit mois plus tard, la reprise d'un travail de chef de chantier dans une entreprise d'installation d'électricité, travail très fatigant qui est certainement la cause d'une rechute en novembre, caractérisée par un épisode aigu

fébrile, des B. K. dans les expectorations, et, à la radiographie, une condensation homogène étendue du sommet gauche.

Un P. A. G. est institué à l'hôpital en janvier 1931 ; malgré une adhérence il est efficace et, six mois plus tard, M. C. A... recommence de nouveau à travailler porteur de 2 P. A. qu'il ne fait du reste pas insuffler très régulièrement. Il travaille comme vérificateur des lampes électriques, en usine, dans d'assez bonnes conditions.

En décembre 1933, il laisse les deux P. A. se recoller. En août 1934, nouvel épisode fébrile, réapparition des B. K. Un cliché montre à droite de nombreuses calcifications et une diminution générale de transparence. A gauche, un flou étendu au sommet avec probablement une cavité sous-claviculaire.

Actuellement, M. C. A... ne travaille plus, son état s'est un peu amélioré ; cependant ses lésions sont encore évolutives.

Célibataire, il a toujours mené une vie très irrégulière, avoue des antécédents de syphilis et d'alcoolisme. Actuellement, il s'efforce de se ménager et est bien logé.

OBSERVATION 28. — M. O. R..., 32 ans. Receveur de tramway.

Tuberculose pulmonaire nodulaire diffuse du poumon droit ayant débuté par un épisode aigu fébrile, mal soignée pendant deux ans ; franchement évolutive en décembre 1930 au moment de la création d'un P. A. D. à l'hôpital. Le P. A. total est très rapidement efficace.

Repos en sanatorium puis à Paris jusqu'en juillet 1932. Le P. A. compliqué de liquide a pendant quelque temps été difficilement entretenu.

En juillet 1932, M. O. R... reprend son travail de receveur de trams puis apprend à conduire des autobus, travail fatigant se faisant de 4 heures à 9 heures et de 13 heures à 17 heures. Le P. A. est régulièrement entretenu et satisfaisant. M. O. R... se plaint de fatigue anormale.

Il habite avec sa femme et son fils bien portants dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 29. — M. E. J..., 38 ans. Employé de chemin de fer, mécanicien au service des machines.

Tuberculose apicale droite excavée ayant débuté en janvier 1930. Un P. A. D. ambulatoire total est immédiatement efficace quoique compliqué de liquide.

Cure sanatoriale de trois mois et repos à Paris pendant cinq mois.

En janvier 1931, M. E. J... en excellent état clinique, porteur d'un bon P. A., est affecté à un travail de bureau, peu fatigant.

En juillet 1932, il présente un épisode fébrile, les B. K. réapparaissent dans ses expectorations. Un cliché montre une condensation homogène dans la région médiane du poumon gauche. Malgré le repos l'état clinique reste médiocre. Trois tentatives de P. A. D. restent infructueuses ; des injections de sels d'or ont peu d'action.

En juin 1933, M. E. J... est jugé apte à reprendre son travail de bureau, travail qui a pu être rempli régulièrement jusqu'à ce jour. Le P. A. D. reste excellent, les expectorations stériles, mais l'état clinique est médiocre.

M. E. J..., dont la sœur est tuberculeuse, est bien logé et vit avec sa femme bien portante.

OBSERVATION 30. — M. H. L..., 63 ans. Commerçant.

Tuberculose pulmonaire gauche de type nodulaire diffus ayant débuté insidieusement en juillet 1929.

Un P. A. G. ambulatoire est institué en décembre 1929 sur des lésions peu évolutives ; total, il est rapidement efficace.

Après six mois de repos, M. H. L... reprend la direction de son négoce, travail calme et peu fatigant dans un local bien aéré qui lui sert de logement.

Son état clinique et son P. A. sont actuellement très satisfaisants.

OBSERVATION 31. — M. N. J..., 32 ans. Manutentionnaire dans une fabrique de tissus.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite de type nodu-

laire diffus et excavé, ayant débuté en août 1930 par un épisode aigu fébrile avec hémoptysie.

Un P. A. D. est créé en octobre 1930 à l'hôpital sur ces lésions peu évolutives ; total, il est immédiatement efficace.

Trois mois plus tard, M. N. J... recommence à travailler progressivement ; il fait tout d'abord des courses en ville, puis, dix-huit mois plus tard, il reprend complètement son métier de manutentionnaire dans une fabrique de tissus. Travaille huit à dix heures par jour, souvent debout, dans une usine. Gain : 1.050 francs par mois.

M. N. J..., actuellement en état clinique satisfaisant et dont le P. A. est régulièrement entretenu, vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 32. — M. H. M..., 43 ans. Homme d'équipe dans une compagnie de chemin de fer.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite caractérisée par de petites taches dans le sommet, ayant débuté par une hémoptysie bacillifère en octobre 1929. Quoique peu évolutive, traitée en janvier 1930, le malade étant en sanatorium, par un P. A. D. efficace malgré de nombreuses adhérences.

En décembre 1930, M. H. M..., dont le P. A. et l'état clinique sont satisfaisants, est affecté à un travail de bureau le matin, l'après-midi à de petites manutentions en gare. Son état, malgré un épanchement de liquide dans le P. A., se maintient bon et, en mai 1934, le P. A. est arrêté.

Depuis, sans manifester d'autres signes, M. H. M... a eu de fréquentes petites hémoptysies non bacillifères.

Il vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 33. — M. X. R..., 27 ans. Peintre en voitures automobiles.

Tuberculose lobaire supérieure gauche excavée ayant débuté insidieusement en juin 1930.

Un P. A. G. est établi en salle sur des lésions franchement évolutives, limité par une adhérence qui soustend la cavité ; son efficacité ne se manifeste qu'au bout de trois mois.

Après deux ans de repos à la campagne, M. X. R... reprend

sans autorisation médicale son métier de peintre, travail fatigant se faisant dans des conditions médiocres. Le P. A. reste satisfaisant quoique toujours partiel et l'état clinique est bon.

M. X. R... vit avec sa femme et 3 enfants dans un logement sain. Gain 900 francs par mois.

OBSERVATION 34. — M. D. C..., 33 ans. Conducteur d'autobus.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite caractérisée par de petites taches peu étendues dans le lobe supérieur, ayant débuté en mai 1921 ; traitée d'octobre 1921 à mai 1922 par sanatorium avec efficacité.

En juin 1925, épisode aigu fébrile avec hémoptysie bacillifère et troubles digestifs. Un cliché de cette époque montre une lobite supérieure droite. Un P. A. D. est institué à l'hôpital ; très étendu, il est aussitôt efficace. Résultat consolidé par une cure sanatoriale de huit mois.

En juin 1926, M. D. B..., porteur d'un bon P. A., entreprend d'emblée et sans précaution le métier de conducteur de camionnette.

En juin 1928, il paraît suffisamment guéri pour qu'on puisse interrompre son P. A.

En novembre 1929, apparaît une hémoptysie bacillifère sans autre trouble ; le P. A. D. est repris facilement et, en avril 1930, M. D. B. retravaille de nouveau de la même façon.

En février 1933, à la suite d'un épisode fébrile, l'examen des crachats se trouve être positif. Un cliché montre que, à droite, le P. A. est toujours excellent et efficace, mais, à gauche, est apparue une condensation du lobe supérieur juxta-hilaire avec cavité rétroclaviculaire. On institue le P. A. G. qui, malgré des adhérences, est efficace au bout de trois mois.

M. D. B... fait une cure de treize mois en sanatorium, puis il recommence son métier de conducteur de camionnette sans aucune précaution.

Depuis, son P. A. G., quoique compliqué de liquide, reste satisfaisant, mais l'état clinique est médiocre. Fatigue fréquente, amaigrissement.

M. D. B... vit à Paris avec sa femme et sa fille dans des conditions satisfaisantes.

OBSERVATION 35. — M. U. R..., 42 ans. Opérateur de prises de vue dans une firme de cinéma.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite caractérisée par des taches nodulaires diffuses, ayant débuté insidieusement en juillet 1932 à la suite de surmenage.

En octobre 1932, à l'hôpital, un P. A. D. est institué ; quoique partiel, il est efficace.

M. U. R... se repose huit mois à Paris, puis il reprend son métier qui est très fatigant, irrégulier et se fait dans des conditions très médiocres.

Néanmoins, à part un amaigrissement marqué, l'état clinique reste satisfaisant et le P. A., quoique compliqué de liquide, peut être régulièrement entretenu.

M. U. R..., célibataire, vit en hôtel et se ménage peu.

OBSERVATION 36. — M. U. F..., 47 ans. Conducteur de train.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite à type de juxta-scissurite ayant débuté insidieusement en décembre 1929, mal soignée jusqu'en décembre 1931, date de l'institution d'un P. A. D. ambulatoire dont l'efficacité est définitivement manifeste deux mois plus tard.

Après seize mois de repos à la campagne, M. U. F... est réintégré dans le cadre du personnel de sa compagnie de chemin de fer comme homme d'équipe en gare. Travaille huit heures par jour dehors.

Depuis, M. U. F... est fréquemment fatigué et a maigri ; son P. A. reste excellent et son état clinique satisfaisant.

Marié, il vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 37. — M. I. M..., 29 ans. Plombier couvreur.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite, de type nodulaire diffus, ayant débuté en août 1928 par un épisode fébrile aigu avec hémoptysie bacillifère.

En décembre 1928, M. I. M... entre à l'hôpital en mauvais état général ; un P. A. D. est institué ; limité par deux brides,

il devient total après section de celles-ci, et efficace. L'extension des taches gauches fait établir préventivement un deuxième P. A. total excellent et très bien supporté.

Une cure sanatoriale d'un an consolide ce résultat et M. I. M..., de retour à Paris, reprend progressivement son travail mais avec de grandes précautions. Trois mois plus tard, le P. A. G. peut être interrompu. M. I. M... reprend alors complètement son métier de plombier couvreur. Huit heures de travail par jour, dehors par tous les temps. Il l'a régulièrement assuré sans défaillances et son état clinique actuel est très satisfaisant ; le P. A. est régulièrement insufflé.

M. I. M... s'est marié en 1931 ; il a actuellement une petite fille âgée de 3 ans très bien portante.

Il est bien logé et, en dehors de son travail, se ménage beaucoup.

OBSERVATION 38. — M^{lle} N. G..., 20 ans. Employée dans une imprimerie.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée ayant débuté en novembre 1931 par un épisode aigu fébrile.

En février 1933, un P. A. G. est institué à l'hôpital ; une section de bride le rend définitivement efficace. Trois mois plus tard, un épanchement liquidien interrompt passagèrement les insufflations qui peuvent être reprises deux mois plus tard.

Après une cure sanatoriale de huit mois et dix mois de repos à Paris, M^{lle} N. G... reprend progressivement son travail, sept heures par jour dans une imprimerie sur tissus. Elle n'a présenté depuis aucune manifestation anormale. Le P. A. est excellent. Gain mensuel : 700 francs.

M^{lle} N. G... habite chez ses parents dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 39. — M. M. A..., 34 ans. Forgeron.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite de type nodulaire diffus avec participation pleurale, ayant débuté en août 1928 par un épisode aigu fébrile.

En octobre 1928, M. M. A... entre à l'hôpital, fébrile, expec-

torant des B. K. et présentant en outre une laryngite tuberculeuse.

Un P. A. D. est difficilement institué en novembre 1928 ; quoique le sommet reste adhérent et qu'un épanchement se soit aussitôt déclaré, le P. A. D. est efficace immédiatement.

Un mois plus tard, M. M. A... part en Vendée et fait le métier de garde champêtre, travail trop fatigant ; il rentre à Paris deux mois plus tard pour entreprendre le métier de monteur électricien et, le soir, celui d'allumeur de réverbères, soit huit à dix heures par jour.

En janvier 1930, nouvel épanchement liquidien ; celui-ci, puriforme, ensemente la paroi à la suite d'une ponction.

M. M. A..., après deux mois de repos, travaille comme releveur de compteur d'électricité, métier fatigant qu'il supporte pourtant assez bien. Son abcès froid est fistulisé et ne se tarit pas.

M. M. A... vit avec sa femme et un enfant en banlieue dans des conditions d'hygiène médiocres.

OBSERVATION 40. — M^{me} S. M..., 37 ans. Commerçante.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite étendue, excavée, ayant débuté en août 1928 par un épisode aigu fébrile.

Traitée à l'hôpital en avril 1929 par P. A. D. total, efficace en trois mois. Elle fait une cure sanatoriale de un an puis se repose à Paris un an également.

En mai 1931, M^{me} S. M... recommence à travailler comme caissière. Son état actuel est excellent ; le P. A. a toujours été très satisfaisant.

M^{me} S. M... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 41. — M. B. R..., 32 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite de type nodulaire diffus excavé, ayant débuté insidieusement en juillet 1931.

Un P. A. D. est institué en décembre 1931 sur ces lésions évolutives. Son efficacité durable n'est manifeste qu'en juin 1932.

Cure sanatoriale de six mois.

En octobre 1934, M. B. R... reprend son travail d'employé de bureau de l'octroi à Paris. Depuis, son état clinique et son P. A. restent excellents.

M. B. R... habite la banlieue avec sa mère dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 42. — M. E. H..., 30 ans. Elève mécanicien.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite de type nodulaire diffus, ayant débuté insidieusement en octobre 1932.

En novembre 1932, un P. A. D. est institué ; quoique les lésions soient peu évolutives, il n'est efficace qu'en février 1933 à la suite d'une section de bride.

En novembre 1933, des B. K. réapparaissent dans les expectorations, l'état clinique reste satisfaisant mais un cliché montre l'extension des taches gauches. Un P. A. G. est institué qui, quoique limité par une adhérence apicale, est efficace dès février 1934.

Après un repos de six mois à Paris et une cure sanatoriale de quatre mois, M. E. H... travaille sans autorisation dans une usine de vernis et d'emblée huit heures par jour dans d'assez mauvaises conditions. Gain mensuel : 900 francs.

M. E. H... vit avec ses parents, concierges à Saint-Ouen, dans un logement médiocre ; son père est tuberculeux.

OBSERVATION 43. — M^{me} S. V..., 39 ans. Dactylographe.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite, nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en février 1926.

Une cure sanatoriale de six mois est efficace. Mais, en novembre 1929, survient un épisode aigu fébrile avec B. K. dans les expectorations et extension des lésions bilatérales qui sont excavées, prédominantes toujours à droite.

Un P. A. D. ambulatoire est établi en janvier 1930 ; électif, il a une efficacité rapide et même controlatérale.

En octobre 1930, M^{me} S. V..., en bon état clinique et dont le P. A. est toujours excellent, reprend son travail de sténo-dactylo dans une compagnie de chemin de fer.

En novembrbe 1933, le P. A. ayant depuis quelque temps une rapide tendance à se résorber, est interrompu.

Depuis l'état clinique de M^{me} S. V... s'est maintenu satisfaisant.

M^{me} S. V..., dont le père est décédé de tuberculose pulmonaire, vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 44. — M. C. E..., 33 ans. Garçon de café.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse excavée, ayant débuté en décembre 1923 par un épisode aigu fébrile.

En octobre 1924, un P. A. G. ambulatoire est institué, étendu, efficace.

Après six mois de cure sanatoriale, M. C. E..., sans autorisation médicale et sans précaution, entreprend d'emblée un travail de manutentionnaire dans le sous-sol d'une usine de cartonnage.

L'état clinique reste satisfaisant et le P. A. est entretenu sans incident jusqu'en décembre 1927, date de son interruption.

En octobre 1927, se déclanche un épisode aigu fébrile avec B. K. dans les expectorations. Un cliché montre une opacité de la région médiane du poumon droit. Un P. A. D. est institué à l'hôpital en novembre 1927 ; total, il est aussitôt efficace, et en janvier 1928, M. C. E..., toujours sans autorisation, reprend son métier de garçon de café. Le P. A. est régulièrement entretenu jusqu'en août 1930 et l'état clinique reste satisfaisant. A cette date, M. C. E... laisse son P. A. se résorber ; les B. K. réapparaissent. Le P. A. est ainsi irrégulièrement entretenu jusqu'en janvier 1934 ; l'état clinique est médiocre, les B. K. intermittents. Depuis, le P. A. a été abandonné et remplacé par des sels d'or, sans résultat du reste.

M. C. E... ne travaille plus qu'irrégulièrement. Et il vit dans de mauvaises conditions d'hygiène.

OBSERVATION 45. — M. Q. L..., 27 ans. Mécanicien en atelier.

Tuberculose bilatérale de type miliaire très prédominante

à gauche, ayant débuté en mai 1931 par une hémoptysie abondante prolongée et fébrile. Les sels d'or restent inefficaces et, en septembre 1931, un P. A. G. est institué à l'hôpital, total, rapidement efficace. Une cure sanatoriale consolide ces résultats.

En mai 1934, M. Q. L... reprend d'emblée son métier de mécanicien sans s'en ressentir. Son P. A., cause d'une dextrocardie marquée, est bon.

M. Q. L..., qui avait été en contact avec un collègue tuberculeux, vit avec sa famille dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 46. — M. H. A..., 35 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire bilatérale caractérisée à droite par la présence d'une vaste cavité apicale et à gauche par quelques taches nodulaires, ayant débuté insidieusement en juin 1931.

En juillet 1931, un P. A. D. est institué à l'hôpital ; une bride le rend inefficace jusqu'à section de celle-ci en novembre 1931. Une cure sanatoriale améliore l'état général, mais, en novembre 1932, les B. K. réapparaissent et les taches gauches évoluent. Un P. A. G. est institué et efficace.

En février 1934, M. H. A... reprend son travail d'employé de bureau. Les P. A. sont régulièrement entretenus mais l'état clinique est médiocre et actuellement les examens de crachats sont positifs.

M. H. A..., qui a de lourds antécédents familiaux de tuberculose, est bien logé, à proximité de son travail.

OBSERVATION 47. — M. H. F..., 45 ans. Monteur mécanicien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire supérieure excavée, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en juin 1930. En août 1930, le malade entre à l'hôpital. Un P. A. D. est institué ; bon, malgré une bride, il est rapidement efficace. En décembre 1930 une hémoptysie bacillifère se manifeste ; la bride est sectionnée et, après une cure sanatoriale de dix mois, l'état clinique et le P. A. se sont maintenus excellents.

M. H. F... a entrepris sans autorisation médicale, en octobre 1932, le métier de marchand forain.

Il vit en hôtel avec une amie.

OBSERVATION 48. — M. P. P..., 33 ans. Employé de banque.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite excavée ayant débuté insidieusement en juillet 1929. Un P. A. D. est institué en ville en novembre 1929 ; excellent, il est rapidement efficace.

En octobre 1931, sans autorisation médicale, M. P. P... reprend un travail de bureau qui le fatigue. Un épanchement liquidien se déclare. Pendant six mois M. P. P... fait une cure sanatoriale, puis il reprend son travail en avril 1933.

En juin 1934, épisode fébrile. Les B. K. réapparaissent. Un cliché montre à droite un bon P. A. mais à gauche des taches nodulaires diffuses prédominantes au sommet avec excavation. Un P. A. G. est institué en ville en septembre 1934. M. P. P... ne prend pas de repos, il reste subfébrile, maigrit et expectore toujours des B. K.

M. P. P... vit en banlieue avec une amie dans de bonnes conditions. Gain mensuel : 900 francs.

OBSERVATION 49. — M. S. R..., 29 ans. Employé de banque.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire supérieure, ayant débuté en août 1930 par un épisode aigu fébrile. Un P. A. D. est institué à l'hôpital en décembre 1930 ; il n'est efficace qu'en mai 1931 après une section de bride. Pendant une cure sanatoriale de vingt mois qui améliore grandement l'état général, un épanchement liquidien se produit.

En juin 1933, M. S. R... se place comme commis dans une grande épicerie ; depuis il a maigri, mais son état clinique et le P. A. restent satisfaisants.

M. S. R..., dont deux sœurs sont décédées de tuberculose, vit en banlieue dans de bonnes conditions. Gain mensuel : 800 francs.

OBSERVATION 50. — M. D. J..., 28 ans. Tourneur sur métaux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, largement excavée, ayant débuté en mars 1933 par 2 hémoptysies.

Un P. A. D. est institué en juillet 1933 sur ces lésions évolutives. P. A. électif malgré une bride soustendant la cavité ; celle-là est sectionnée en novembre 1933 ; le P. A. est alors total et parfaitement efficace.

Après une cure sanatoriale de quatre mois, M. D. J... reprend progressivement son métier de tourneur sur métaux en usine. Gain : 900 francs. Depuis, tout est resté dans l'ordre.

M. D. J... vit avec sa femme et un enfant en banlieue dans des conditions médiocres.

OBSERVATION 51. — M. M. A..., 30 ans. Commerçant.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, étendue, excavée, ayant débuté en septembre 1932 par une hémoptysie bacillifère sans autre manifestation. En octobre, le malade, subfébrile, entre à l'hôpital. Un P. A. D. est institué ; total, il est aussitôt efficace.

Après un an de repos à Paris durant lequel l'état clinique reste excellent et le P. A. très bon, M. M. A... reprend son métier de commerçant, vendeur de lainages en magasin, dans de bonnes conditions, qu'il a assuré régulièrement. Actuellement, son P. A. cause un déplacement du médiastin. M. M. A... gagne 1.400 francs par mois.

Il vit dans de bonnes conditions avec sa femme.

OBSERVATION 52. — M. C. P..., 24 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, apicale, excavée, ayant débuté insidieusement en février 1933. Un P. A. D. est institué en sanatorium en août 1934, partiel, malgré une bride, il est efficace. En octobre 1934, M. C. P... peut reprendre son travail qu'il supporte parfaitement bien. Gain mensuel : 2.000 francs.

M. C. P... vit dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION 53. — M. C. P..., 40 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche, excavée, ayant débuté insidieusement en septembre 1930.

Un P. A. D. est créé en janvier 1931 en sanatorium, total, très efficace.

En juillet 1931, M. C. P... a pu reprendre son travail et ne s'en est pas senti.

M. C. P..., qui avait été en contact avec un collègue tuberculeux, vit avec sa femme dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 54. — M. S. H..., 38 ans. Manœuvre aux Halles.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté par une hémoptysie en février 1933.

Un mois plus tard, un P. A. G. est institué à l'hôpital, total, immédiatement efficace.

En juin 1933, M. S. H... reprend d'emblée sans autorisation et sans précaution son métier de porteur aux Halles, travail fatigant, de 5 heures à 17 heures. Son état clinique et son P. A. sont restés très satisfaisants.

M. S. H..., marié, vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 55. — M. C. A..., 39 ans. Comptable.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite excavée ayant débuté insidieusement en juin 1926. En juillet 1926 un P. A. D. est institué en sanatorium, total et efficace. Après neuf mois de cure, M. C. A... reprend son métier de comptable. Son état reste excellent. En juin 1930, on interrompt le P. A. Mais deux mois plus tard, sans autre manifestation se produisent de petites hémoptysies répétées. On reprend le P. A. facilement qui fait disparaître ces troubles. Depuis, M. C. A... est porteur d'un bon P. A. ; il est néanmoins souvent fatigué et maigrit et son état clinique est médiocre.

Marié et père de famille il vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 56. — M. H. G..., 31 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire diffuse, ayant débuté en août 1929 insidieusement.

Un P. A. D. est institué en ville, en décembre 1929, sur des lésions peu évolutives, total, immédiatement efficace.

Après deux ans de repos à la campagne, M. H. G... dont

l'état clinique et le P. A. ont toujours été excellents, entreprendre le métier de réceptionnaire dans un hôtel, dix mois à Paris et deux mois à la montagne ; travail régulier et peu fatigant. L'état clinique actuel est très satisfaisant, le P. A. régulièrement entretenu sans complications.

M. H. G..., en 1917, avait déjà présenté une tuberculose pulmonaire traitée par cure sanatoriale avec guérison apparente. Son frère est décédé de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION 57. — M. W. J..., 39 ans. Employé d'une compagnie de chemin de fer comme chaudronnier.

Tuberculose pulmonaire gauche nodulaire diffuse ayant débuté en janvier 1933 par un épisode aigu fébrile.

Un P. A. G. ambulatoire est institué en février 1933 ; partiel, il est cependant immédiatement efficace.

Après une cure sanatoriale de sept mois, et neuf mois de repos durant lesquels l'état clinique et le P. A. restent excellents, M. W. J... est réintégré dans ses fonctions de chaudronnier. Son travail (huit heures par jour) est très fatigant ; il consiste à réparer les chaudières des locomotives.

Depuis, M. W. J... a présenté une hémoptysie non bacillifère, il a maigri et est fatigué, le P. A. se décomprime rapidement.

M. W. J... vit en province dans des conditions médiocres.

OBSERVATION 58. — M. Q. J..., 35 ans. Employé de chemin de fer. Manœuvre en gare.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée, ayant débuté en juin 1931 par un épisode aigu fébrile. Un P. A. G. est institué en juin 1931 à l'hôpital ; total, il est efficace. Cure sanatoriale de quatre mois.

En septembre 1932, M. Q. J... est affecté au nettoyage des quais. Gain mensuel : 1.200 francs. Depuis son état reste bon ; son P. A. a été compliqué de liquide.

M. Q. J... habite la banlieue dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 59. — M. U. J..., 47 ans. Employé de bureau.

Tuberculose pulmonaire gauche, unilatérale, diffuse, ayant débuté en décembre 1928 par une hémoptysie.

En mars 1930, un P. A. G. est institué à l'hôpital sur des lésions peu évolutives ; total, il est vite efficace.

Cure sanatoriale de sept mois. En mars 1931, M. U. J... reprend son travail de bureau sans s'en ressentir. Gain mensuel : 1.600 francs.

M. U. J... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 60. — M. S. M..., 25 ans. Manutentionnaire.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en mars 1929. En juin 1929, un P. A. G. est institué, total, vite efficace.

Après dix mois de repos, M. S. M..., en bon état clinique, porteur d'un excellent P. A., entreprend le métier de manutentionnaire dans une usine de cartonnage, travail fatigant, probablement cause d'un épisode fébrile en janvier 1931. Un cliché montre l'apparition de quelques taches à droite. Amélioration spontanée. Dix mois plus tard, M. S. M... recommence à travailler comme marchand forain. Il est facilement fatigué et son état est médiocre. Un cliché montre à gauche un P. A. total excellent, à droite quelques taches apicales et une scissurite.

M. S. M..., dont une sœur est décédée de tuberculose pulmonaire, est célibataire et ne mène pas une vie très calme.

OBSERVATION 61. — M. G. R..., 45 ans. Inspecteur chef dans une compagnie de transports.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite, ayant débuté en 1912, torpide, ayant donné lieu à plusieurs épisodes évolutifs, spontanément améliorés.

En mai 1930, épisode évolutif plus marqué, fébrile, avec expectorations bacillifères. Un cliché montre des taches nodulaires diffuses dans le sommet droit. En même temps laryngite tuberculeuse.

En août 1930, un P. A. D. est difficilement institué à l'hôpital, limité par deux brides, efficace sur les signes fonctionnels et signes généraux mais les B. K. persistent. En no-

vembre 1931, perforation pleuro-pulmonaire ; l'état clinique est très médiocre, troubles digestifs et toujours laryngite.

En juillet 1933, M. G. R..., dont l'état s'est amélioré et dont le P. A. reste satisfaisant, recommence à travailler, travail fatigant, tantôt dehors, tantôt en bureau.

Après un surmenage en février 1934, l'état clinique est franchement médiocre, les B. K. sont toujours présents dans les expectorations, les troubles digestifs reprennent, la laryngite persiste. M. G. R... continue cependant à travailler jusqu'en août 1934, date d'un épisode fébrile qui traduit une pleurésie gauche

Depuis, l'état de M. G... est des plus médiocres.

Subfébrile le soir, il tousse et expectore (B. K. +), maigrit, présente des troubles digestifs très probablement tuberculeux et la laryngite s'est accusée.

M. G. R... vit dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION 62. — M. D. A..., 46 ans. Employé dans une compagnie de chemins de fer comme chef de canton.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté par un épisode aigu fébrile hémoptoïque en novembre 1929.

Un P. A. G. est institué en décembre en sanatorium, total, efficace.

En juin 1931, M. D. A..., en bon état clinique et dont le P. A. est satisfaisant, est réintégré et remplit le travail de garçon de magasin assez fatigant. Gain mensuel : 1.000 francs.

Depuis, pas d'autres troubles qu'un amaigrissement marqué.

M. D. A... vit à Paris dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 63. — M. D. L..., 33 ans. Monteur électricien.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominant à droite, lobaire supérieure excavée, ayant débuté en 1917.

Après une rechute en février 1924 un P. A. D. est institué à l'hôpital, total, efficace. En janvier 1926, M. D. L... entreprend le métier de photographe qu'il supporte bien.

En janvier 1928, l'état clinique très satisfaisant permet l'interruption du P. A.

En février 1930, se déclare un épisode fébrile avec hémoptysie bacillifère. Un cliché montre une condensation scissurale droite. On reprend facilement le P. A. qui se montre efficace.

Depuis, M. D. L..., qui travaille toujours comme photographe, n'a plus présenté d'épisode évolutif et son état clinique reste médiocre.

En 1912, M. D. L... a présenté une coxalgie qui, bien traitée, est parfaitement guérie.

Il vit dans des conditions d'hygiène assez médiocres avec ses parents tuberculeux.

OBSERVATION 64. — M. L. E..., 22 ans. Garçon d'hôtel.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire supérieure excavée, ayant débuté insidieusement en juillet 1931.

En novembre 1931, un P. A. D. est institué sur ces lésions évolutives, grand partiel, vite efficace.

Après un an de cure sanatoriale, M. L. E... reprend sans autorisation son travail de garçon d'hôtel dans des conditions franchement médiocres. Cependant, son état clinique reste satisfaisant et le P. A. est excellent.

M. L. E..., venu directement de Bretagne à Paris, a très probablement été contaminé par l'un de ses collègues.

OBSERVATION 65. — M. C. J..., 38 ans. Employé de compagnie de chemins de fer comme mécanicien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche apicale excavée, ayant débuté insidieusement en mai 1932.

Un P. A. G. est institué en sanatorium en décembre 1932 ; total, il est définitivement efficace six mois plus tard.

En mars 1934, M. C. J... est réintégré et assure depuis le métier de mécanicien sur machines en gare, travail qu'il supporte parfaitement bien. Gain mensuel : 1.500 fr.

M. C. J... vit en banlieue dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 70. — M. M. G..., 34 ans. Employé de chemin de fer, mécanicien.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire supérieure, largement excavée, ayant débuté insidieusement en janvier 1929.

En mai 1929, un P. A. D. est institué à l'hôpital, efficace malgré une bride.

Après six mois de cure sanatoriale M. M. G... est réintégré et assure depuis le métier de mécanicien en gare sur machine. Gain mensuel : 1.500 fr. Son état est excellent. Le P. A., quoique compliqué de liquide, est satisfaisant.

M. M. G... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 67. — M. H. E..., 38 ans. Valet de chambre.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire diffuse, ayant débuté, en novembre 1928, insidieusement.

En mars 1929, un P. A. D. est créé à l'hôpital ; grand partiel, très rapidement efficace.

M. H. E... se repose deux mois à la campagne, puis trois mois en sanatorium où une évolution controlatérale se déclare, caractérisée par un épisode aigu fébrile avec B. K. dans les expectorations et l'apparition de taches apicales à gauche.

Néanmoins, un mois plus tard, sans autorisation et sans avoir déclaré son état à ses maîtres, M. H. E... reprend son travail de valet de chambre. Depuis, il a maigri, présente parfois de petites hémoptysies, est constamment bacillifère. Il ne peut pas se faire insuffler aussi fréquemment que ce serait nécessaire ; et son P. A. tend à se résorber. A gauche, les taches persistent. Actuellement, l'état de M. H. E... est très médiocre.

Il vit chez ses maîtres avec sa femme et un enfant dans de bonnes conditions ; son travail n'est pas très fatigant, mais M. H. E... n'a qu'un après-midi de congé par mois.

OBSERVATION 68. — M. S. N..., 35 ans. Commerçant.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en mai 1932.

En novembre 1932, un P. A. D. est institué à l'hôpital, total, vite efficace. Après six mois de cure sanatoriale, M. S. N... reprend son métier de marchand forain, travail peu fatigant,

car à partir de 13 heures, M. S. N... peut se reposer. Sa sœur est décédée de tuberculose.

M. S. N... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 69. — M^{lle} D. G..., 21 ans. Employée de banque.

Tuberculose unilatérale gauche nodulaire diffuse excavée, ayant débuté insidieusement en avril 1932. Un P. A. G. est institué en salle en octobre 1932 ; limité par une adhérence, il est cependant efficace.

Après une cure sanatoriale de huit mois, M^{lle} D. G... reprend son travail de dactylo-secrétaire, peu prolongé, peu fatigant. Elle est depuis en excellent état clinique.

M^{lle} D. G... aurait été en contact avec un collègue tuberculeux.

Elle est bien logée mais ne se ménage pas.

OBSERVATION 70. — M. H. A..., 27 ans. Chaudronnier.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite excavée, ayant débuté insidieusement en août 1931. Un P. A. D. est institué en province sur des lésions peu évolutives ; quoique limité par des adhérences, il est efficace.

En août 1933, M. H. A... reprend progressivement son métier de chaudronnier, travail fatigant, se faisant dans des conditions médiocres. M. H. A... est actuellement en excellent état clinique.

M. H. A... vit avec sa mère dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 71. — M. S. S..., 27 ans. Garçon coiffeur.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite apicale nodulaire, ayant débuté en novembre 1931 par une hémoptysie bacillifère.

Un mois plus tard, un P. A. D. est institué à Paris, total, efficace, quoique compliqué de liquide.

En mai 1933, M. S. S... reprend son métier de garçon coiffeur, travail parfaitement bien supporté.

M. S. S... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 72. — M. E. C..., 38 ans. Employé dans une compagnie de chemins de fer, chef de brigade, serrurier.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire supérieure excavée, ayant débuté insidieusement en avril 1930.

En mai 1930, un P. A. D. ambulatoire est institué, partiel, vite compliqué de liquide; cependant efficace.

Cure sanatoriale de six mois.

En mars 1931, M. E. C... est réintégré et reprend d'emblée son travail de chef de brigade serrurier, travail fatigant, en atelier. Gain mensuel : 1.600 fr.

Depuis, son état clinique et son P. A. sont excellents.

M. E. C... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 73. — M. M. R..., 29 ans. Tôlier en fabrique.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche lobaire supérieure excavée, ayant débuté insidieusement en février 1928.

En janvier 1931, un P. A. G. est institué en salle sur des lésions nettement évolutives, grand partiel, efficace en trois mois.

Après une cure sanatoriale de neuf mois, M. M. R... reprend d'emblée, sans précaution, sans autorisation et sans déclarer son état à son patron, son travail de tôlier dans une fabrique.

Son état clinique et son P. A. restent satisfaisants.

M. M. R... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 74. — M. Q. F..., 44 ans. Employé de chemins de fer, travail de bureau.

Tuberculose pulmonaire droite unilatérale lobaire supérieure excavée, ayant débuté insidieusement en janvier 1932.

En mai 1932, un P. A. D. est institué à l'hôpital, total, efficace en trois semaines.

En octobre 1933, après une cure sanatoriale de dix mois, M. Q. F... reprend son travail de bureau, travail régulier, calme, se faisant dans de bonnes conditions, bien supporté.

M. Q. F... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 75. — M^{lle} I. B..., 32 ans. Infirmière.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire dif-

fuse, ayant débuté insidieusement en décembre 1927 ; peu évolutive, traitée sans efficacité par une cure sanatoriale.

En juin 1930, un P. A. D. est institué en sanatorium à la suite d'hémoptysies, total, efficace.

En juin 1932, M^{lle} I. B..., porteuse d'un P. A. électif excellent, reprend son travail d'infirmière à l'hôpital dans un service de médecine générale. Gain mensuel : 950 fr.

En novembre 1933, elle est fatiguée, maigrit, ses expectorations restent stériles mais un cliché montre à gauche l'apparition de quelques taches.

Après six mois de repos, M^{lle} I. B... se marie. Depuis, elle ne travaille plus et vit dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION 76. — M^{me} T. E..., 41 ans. Fille de salle dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en février 1929.

En décembre 1929, un P. A. G. est institué à l'hôpital, grand partiel, efficace en trois mois, compliqué de liquide.

Cure sanatoriale de dix mois.

En septembre 1933, M^{me} T. E... recommence à travailler comme fille de salle dans un service de médecine générale. Depuis, son état clinique et son P. A. sont satisfaisants. Gain mensuel : 850 francs.

M^{me} T. E..., bien logée, mène une vie calme et régulière.

OBSERVATION 77. — M^{me} C. M..., 28 ans. Fille de salle dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire bilatérale très prédominante à gauche, nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en janvier 1930.

En septembre 1930, un P. A. G. est institué en sanatorium efficace, quoique limité par une adhérence pariétale.

En avril 1934, reprise du travail comme fille de service dans un service d'agités. En avril 1934, on interrompt le P. A., la guérison semblant parfaite. Trois mois plus tard, à la suite de coups donnés par un malade, M^{me} C. M... présente plusieurs petites hémoptysies non bacillifères en même temps qu'un pe-

tit épisode aigu fébrile ; mais un cliché n'indique pas d'évolution nouvelle. Après huit mois de cure libre, M^{me} C. M... recommence à travailler et, depuis lors, est en excellent état clinique. Gain mensuel : 850 fr.

M^{me} C. M... vit dans de bonnes conditions, mais ne se ménage pas.

OBSERVATION 78. — M^{me} Q. R..., 28 ans. Laborantine dans un service de tuberculeux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche ayant débuté insidieusement en octobre 1929.

En février 1930, un P. A. G. est institué à l'hôpital, total, efficace sur l'état général, mais de petites hémoptysies bacillifères persistent jusqu'en août 1930, date de l'apparition de liquide dans le P. A., liquide devenu puriforme en février 1931.

M^{me} Q. R... se repose à Paris, le P. A. peut être régulièrement entretenu et l'état clinique est bon. En mai 1933, M^{me} Q. R... accouche prématurément (7 mois) de deux jumeaux hypotrophiques qui meurent. Cette grossesse ne semble pas avoir agi immédiatement sur l'état clinique.

En octobre 1933, M^{me} Q. R... recommence à travailler dans les hôpitaux, travail calme, peu fatigant. En février 1934, le P. A. G. peut être interrompu. Deux mois plus tard, un cliché montre à gauche le maintien du collapsus avec épanchement liquidien ; et à droite l'apparition d'une petite tache supra-hilaire. On entreprend un traitement par la crisalbine qui n'empêche pas l'évolution de cette tuberculose controlatérale qui, en juin, donne lieu à un épisode aigu fébrile avec B. K. dans les expectorations.

Un P. A. D. est institué en salle en juin 1934, étendu, assez efficace. Depuis lors, M^{me} Q. R... se soigne en cure libre ; son état clinique reste médiocre.

M^{me} Q. R... vit dans de très bonnes conditions.

OBSERVATION 79. — M^{me} C. L..., 46 ans. Fille de salle dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche apicale excavée, ayant débuté insidieusement en juin 1928.

En avril 1928, un P. A. G. est institué à l'hôpital ; limité par une bride soustendant la cavité, il n'est efficace qu'après une section de bride.

Cure sanatoriale de seize mois, pendant laquelle le P. A. a été compliqué de liquide ayant nécessité 7 ponctions.

En mai 1932, M^{me} C. L... recommence à travailler, toujours comme fille de salle, dans un hôpital. Gain mensuel : 900 fr.

Depuis, son P. A., qui est resté compliqué de liquide, a cependant pu être entretenu jusqu'en octobre 1934 et l'état clinique, à part de la dyspnée d'effort, un amaigrissement et de la fatigue, est satisfaisant.

M^{me} C. L..., dont le mari est décédé de tuberculose, vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 80. — M^{me} Q. C..., 49 ans. Fille de service dans un hôpital.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite excavée, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en juillet 1928.

En octobre 1928, un P. A. D. est institué à l'hôpital, grand partiel, efficace. Une laryngite tuberculeuse se déclare deux mois plus tard.

Cure sanatoriale de dix mois.

En septembre 1931, M^{me} Q. C..., en bon état clinique et dont le P. A. est très satisfaisant, reprend son travail (gain mensuel : 900 fr.), quelle supporte très bien et, en octobre 1933, le P. A. peut être interrompu.

M^{me} Q. C... mène une vie calme et régulière dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 81. — M^{lle} D. L..., 25 ans. Employée de bureau.

Tuberculose unilatérale droite apicale excavée, ayant débuté par une hémoptysie en novembre 1931.

En mai 1932, un P. A. D. est institué à l'hôpital, électif, immédiatement efficace. Mais, en octobre, les B. K. réapparaissent dans les crachats. Une section de bride rend le P. A. définitivement efficace.

Depuis, M^{lle} D. L... seconde son père dans la direction d'une

maison de commerce. Son état reste excellent et le P. A. peut être interrompu en juillet 1933.

M^{lle} D. L..., dont la sœur est décédée de tuberculose, mène une vie calme et régulière dans sa famille dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 82. — M^{lle} M. R..., 32 ans. Fille de service dans les hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire prédominante à gauche, nodulaire diffuse, ayant débuté en 1925 par un épisode pleurétique.

En septembre 1925, un P. A. G. est institué à l'hôpital, sub-total, il est efficace en quatre mois.

Cure sanatoriale d'un an, pendant laquelle se produit un épanchement de liquide auquel succède une symphyse partielle de la base. Le P. A. reste cependant efficace.

En juin 1929, M^{lle} M. R... reprend son métier qu'elle supporte bien, et, en février 1931, le P. A. est interrompu.

M^{lle} M. R... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 83. — M^{me} M. Y... Dame employée dans une grande administration.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite excavée, ayant débuté insidieusement en septembre 1928.

En février 1929, un P. A. D. total efficace est institué en ville. M^{me} M. Y... se repose à la campagne, son état est excellent, le P. A. régulièrement entretenu.

Une grossesse est menée à terme, enfant normal, et ne retentit pas sur l'état clinique.

En octobre 1933, M^{me} M. Y... est réintégrée dans ses fonctions et supporte depuis très bien son travail.

Elle vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 84. — M^{me} C. J..., 27 ans. Aide de bureau dans une grande administration.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en août 1930.

P. A. G. est institué en ville en septembre 1930, total, efficace.

En 1933, une grossesse est conduite à terme ; enfant bien portant. En août 1933, M^{me} C. J... reprend son travail qu'elle supporte parfaitement bien.

Elle vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 85. — M. P. F..., 49 ans. Inspecteur dans une grande administration.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à gauche ayant débuté insidieusement en juillet 1931.

En août 1931, un P. A. G. est institué en ville, grand partiel, efficace. En août 1932, le P. A. s'étant spontanément résorbé, les B. K. réapparaissent dans les expectorations.

En janvier 1933, M. T. F..., en excellent état clinique et porteur d'un bon P. A., reprend ses fonctions et n'en est pas éprouvé.

Il vit dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION 86. — M. D. M..., 35 ans. Facteur.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en juillet 1928.

En novembre 1928, un P. A. G. est institué à l'hôpital, électif, rapidement efficace.

En avril 1933, M. D. M..., dont l'état clinique et le P. A. ont toujours été très satisfaisants, est réintégré dans ses fonctions de facteur, travail parfaitement bien supporté. En décembre 1933, le P. A. a été interrompu.

M. D. M... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 87. — M^{lle} D. A..., 34 ans. Dame employée dans une grande administration.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en septembre 1929.

En décembre 1930, un P. A. D. est institué au sanatorium, grand partiel, efficace.

En mars 1934, M^{lle} D. A... reprend ses fonctions de dame employée. En juin 1934, survient un épisode fébrile sans modification radiologique et sans B. K. dans les expectorations. Après huit mois de repos, M^{lle} D. A... recommence à travailler

mais, en janvier 1935, elle doit de nouveau interrompre son travail.

Elle vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 88. — M. S. S..., 37 ans. Comptable.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche nodulaire diffuse excavée, ayant débuté en juillet 1923 par un épisode aigu fébrile.

En décembre 1923, un P. A. G. est institué au sanatorium, total, efficace. En mai 1924, M. S. S... reprend son travail de comptable. Le P. A. a été régulièrement entretenu malgré deux épanchements liquidiens. M. S. S... présente actuellement un bon état clinique.

Il vit dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION 89. — M. V. P..., 47 ans. Boulanger.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à gauche nodulaire diffuse excavée, ayant débuté insidieusement en avril 1932.

En mars 1932, un P. A. G. est institué au sanatorium ; limité par de nombreuses adhérences, il n'est pas efficace. Néanmoins, M. V. P... reprend son métier en septembre 1932, mais il ne s'occupe que de la vente ; son état clinique reste médiocre, il expectore toujours des B. K.

En février 1933, on complète le P. A. par une phrénicectomie efficace ; et, en août 1933, M. V. P... reprend son travail. Depuis, porteur d'un P. A. que l'on entretient et d'une phrénicectomie, il n'expectore plus de B. K., mais, parfois subfébrile, souvent fatigué et maigrissant toujours, il présente actuellement un état clinique médiocre.

M. V. P... vit dans de bonnes conditions et se ménage.

OBSERVATION 90. — M. B. C..., 43 ans. Employé de chemins de fer, mécanicien.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à gauche, nodulaire excavée diffuse, ayant débuté insidieusement en avril 1929.

En mai 1929, un P. A. G. est institué en sanatorium, étendu,

efficace. En octobre 1930, M. B. C... reprend son métier de mécanicien sur machine. Travail fatigant qui est bien supporté jusqu'en janvier 1934, date d'une symphyse constituée en un mois, les insufflations n'ayant plus été régulièrement faites. Un mois plus tard, M. B. C... fait un épisode aigu fébrile, les B. K. réapparaissent. Un cliché montre des lésions micro-nodulaires étendues bilatérales. En octobre 1934, M. B. C..., dont la tuberculose évolue, est réformé à 80 %.

M. B. C... vit dans de bonnes conditions, mais en 1933 il s'est certainement surmené en dehors de son travail.

OBSERVATION 91. — M. M. M..., 41 ans. Employé de chemins de fer comme monteur en atelier.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominant à droite, nodulaire, localisée et excavée, ayant débuté insidieusement en avril 1929. En mars 1929, un P. A. D. est institué en sanatorium. Etendu, efficace, malgré une bride et quoique compliqué de liquide.

En mars 1930, M. M. M... est réintégré dans ses fonctions ; travail régulier ne demandant pas de gros efforts physiques et bien supporté, sans autre trouble qu'un amaigrissement progressif. En juillet 1932, le P. A. a été interrompu.

M. M. M... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 92. — M. C. M..., 29 ans. Employé de chemins de fer, manœuvre en gare.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire localisée, ayant débuté insidieusement en juin 1932.

En décembre 1932, un P. A. D. est créé en sanatorium, efficace quoique incomplet.

En mars 1934, M. C. M... est affecté au nettoyage des voies en gare ; depuis, il se porte bien.

Il vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 93. — M. H. J..., 36 ans. Employé de chemins de fer, commis de deuxième classe.

Tuberculose pulmonaire bilatérale nodulaire diffuse, ayant débuté insidieusement en août 1929.

En janvier 1929, au sanatorium, presque simultanément, sont institués un P. A. D. et un P. A. G., tous deux limités par des adhérences et rendus efficaces par section de celles-ci.

En décembre 1929, M. H. J... est réintégré dans ses fonctions. Depuis, les deux P. A. sont régulièrement entretenus. M. H. J... est souvent essoufflé, parfois subfébrile et maigrit constamment.

M. H. J... mène une vie calme et régulière dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 94. — M. E. J... Employé de chemins de fer, aiguilleur de première classe.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire diffuse, ayant débuté en avril 1931 avec troubles laryngés.

Un P. A. G. ambulatoire est institué en mai 1931, grand partiel. Un mois plus tard, au sanatorium, survient un épanchement liquidien qui, infecté secondairement, doit être drainé par pleurotomie.

Le P. A. n'étant plus efficace, en avril 1932, une phrénicectomie est faite ; son efficacité tardant à se manifester, on pense à une thoracoplastie. L'état clinique reste pendant six mois très médiocre. Puis une amélioration se dessine et, en mai 1933, M. E. J... peut être réintégré dans ses fonctions. Ce travail parfaitement supporté, a pu être poursuivi sans défaillance. Actuellement, le P. A. et la phrénicectomie sont efficaces et l'état clinique satisfaisant.

M. E. J... vit dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION 95. — M. N. E..., 34 ans. Employé de chemins de fer, facteur aux écritures.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite nodulaire localisée, ayant débuté insidieusement en octobre 1931.

En novembre 1932, à la suite d'un épisode aigu fébrile avec hémoptysie bacillifère et laryngite, un P. A. D. est institué, partiel, efficace.

Après une cure sanatoriale en octobre 1934, M. N. E... peut reprendre son travail qu'il supporte très bien.

M. N. E... vit dans de bonnes conditions et se ménage.

OBSERVATION 96. — M. H. V..., 34 ans. Employé de chemins de fer, manœuvre en gare.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche excavée, ayant débuté insidieusement en avril 1927.

En février 1928, un P. A. G. est institué au sanatorium, total, efficace.

En janvier 1929, M. H. V... reprend son travail qu'il peut exécuter sans autre trouble qu'une dyspnée d'effort. En décembre 1933, le P. A. G. peut être interrompu.

M. H. V... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 97. — M. I. A..., 20 ans. Camionneur.

Tuberculose pulmonaire unilatérale droite lobaire excavée, ayant débuté insidieusement en février 1930.

En septembre 1930, un P. A. D. est institué à l'hôpital, complètement efficace, après section de 10 brides.

En février 1931, M. I. A..., sans autorisation et sans prendre de précautions, retravaille comme camionneur. Il conduit, charge et décharge une voiture. Il se fait irrégulièrement insuffler, et le collapsus est le plus souvent insuffisant. En juin 1931, après un épisode fébrile, des taches apparaissent à gauche. Un P. A. G. est envisagé, puis ajourné, en raison de la régression spontanée des lésions.

En septembre 1931, M. I. A... travaille de nouveau comme auparavant. En octobre, à la suite d'un violent effort (chargement d'un tonneau de vin), se produit une hémoptysie abondante à laquelle s'ajoute bientôt de la fièvre. Les expectorations sont trouvées bacillifères.

M. I. A... entre à l'hôpital. Un cliché montre à droite un bon pneumothorax mais à gauche l'extension des taches nodulaires. Un P. A. G. est institué. Quinze jours plus tard survient une perforation pleuro-pulmonaire. Les troubles s'aggravent. Le 15 novembre 1931, M. I. A... meurt. L'autopsie montre une granulie généralisée.

M. I. A... vivait avec sa mère, tuberculeuse, dans des conditions très médiocres.

OBSERVATION 98. — M. Q. J..., 38 ans. Employé de chemins de fer, mécanicien en atelier.

Tuberculose bilatérale nodulaire diffuse, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en septembre 1929.

En avril 1930, sont institués à l'hôpital un P. A. D. et un P. A. G.; collapsus totaux et efficaces.

En avril 1931, M. Q. J... est réintégré dans ses fonctions; son travail demande d'assez gros efforts physiques, il est néanmoins bien supporté jusqu'en septembre 1933, où il doit être interrompu à cause d'un épisode fébrile avec épanchement liquide dans le P. A. G. En novembre 1933, se produit une perforation pleuro-pulmonaire nécessitant l'évacuation du gaz. Pendant cette intervention survient une hémoptysie foudroyante.

M. Q. J... vivait en banlieue dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 99. — M. R. A..., 33 ans. Employé de chemins de fer, manœuvre en gare.

Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite, nodulaire diffuse pluri-excavée, ayant débuté par un épisode aigu fébrile en janvier 1929.

En février 1929, un P. A. D. ambulatoire est créé, total, efficace. Après huit mois de cure sanatoriale, M. R. A... reprend son travail partiellement, puis en septembre 1931, complètement. En avril 1932, poussée évolutive dans la base du moignon droit et à gauche extension des taches anciennes. Neuf mois plus tard, M. R. A... retravaille, travail très doux qui cependant n'est pas supporté. Depuis, M. R. A... se soigne en cure libre à la campagne; son état clinique est très médiocre.

M. R. A... vit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION 100. — M^{lle} R. H..., 37 ans. Secrétaire.

Tuberculose pulmonaire unilatérale gauche lobaire supérieure, ayant débuté en septembre 1932 par un épisode aigu fébrile prolongé.

En janvier 1933, un P. A. G. est institué à l'hôpital sur ces lésions peu évolutives et jamais bacillifères. Le décollement est imparfait.

En mai 1933, M^{lle} T. H..., dont l'état clinique est à peu près satisfaisant, se trouve contrainte de retravailler, étant seule à assurer l'entretien de sa mère, de sa sœur et de son frère. Travail de secrétaire et traduction à domicile.

Trois mois plus tard, survient un épanchement vite puriforme. Deux mois plus tard, il doit être ponctionné. A cette ponction succède un petit abcès froid de la paroi qui se fistulise.

En novembre 1933, M^{lle} T. H..., toujours pour les mêmes raisons, retravaille. L'état clinique se maintient à peu près satisfaisant ; une nouvelle ponction est nécessaire, à laquelle succède un nouvel abcès.

En mai 1934, M^{lle} T. H... maigrit, est fébrile, elle doit interrompre son travail ; de nouveaux abcès pariétaux se produisent. Le P. A. doit être interrompu. Actuellement, l'état clinique est très médiocre.

M^{lle} T. H... est bien logée mais elle a dû fréquemment se surmener et jamais elle n'a pu se soigner chez elle comme il l'eût fallu.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel et de l'oléothorax. Etude clinique et traitement. Thèse Paris, 1932, n° 373.
- AURIACOMBE. — La reprise du travail chez les tuberculeux à la fin de leur cure. Thèse Paris, 1933.
- BAILLET. — Le pneumothorax artificiel au point de vue social (*Marseille Médical*, n° 14, 15 mai 1934).
- BELLIÈRE. — Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance Publique à Paris. Thèse Paris, 1932.
- BERNARD (L.), BARON, TRIBOULET, VALTIS. — La cessation du pneumothorax artificiel. Variation de sa durée utile. Règle de conduite (*Presse Médicale*, 6 juillet 1929).
- BEZANÇON. — Le pneumothorax thérapeutique (*La Médecine*, n° 9, juin 1926).
- L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse déterminée par les méthodes de collapsothérapie pulmonaire (*La Médecine*, mai 1930).
- BEZANÇON et BRAUM. — La notion de tuberculose familiale, son importance pour le diagnostic et les directives qu'elle impose (*La Médecine*, mai 1925).
- BEZANÇON, BRAUM, AZOULAY. — Les chances de succès du pneumothorax thérapeutique chez l'adulte (*La Médecine*, juin 1926).
- BEZANÇON, BUC, BRODIE. — Epanchements pleuraux au cours du pneumothorax artificiel (*Annales de Médecine*, octobre 1926).

- BEZANÇON et JACQUELIN. — Pneumothorax partiel bilatéral simultané (*Presse Médicale*, 17 septembre 1925).
- BRIEGER. — Examen de l'aptitude physiologique au travail des phtisiques (Congrès allemand de tuberculose, 8-12 juin 1927).
- Zur Physiologie und Pathologie der Arbeit, beim Tuberkulose (*Med. Sektion der Schles. Gesel. für Vaterlandische Kultur*, 29 juin 1928).
 - Zur Physiologie der Arbeit beim Physiker (*Mediz. Klinik*, n° 47, 23 novembre 1928).
 - Ueber die Ruhigestellung der Lunge bei der Kollapsothérapie (*Klin. Wochenschrift*, 18 février 1933).
- BRUNS. — Die Blutzirkulation in Atmenden in Atelektatischen Lungen (*D. Med. Wochenschrift*, 16 juin 1913).
- COULAUD. — Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral simultané. Etude de 116 cas (*Annales de Médecine*, octobre 1930).
- Le pneumothorax artificiel (*Le Bulletin Médical*, 28 juillet 1934).
- COURCOUX. — De quelques indications au sujet du travail des tuberculeux (*Le Répertoire Médical pratique*, octobre 1933).
- DUBLIN (L.) et JESSAMINE WITHNEY. — The cost of tuberculosis (*The American Rev. of Tbc.*, t. V, n° 2, avril 1922).
- DUMAREST et BRETTE. — La pratique du pneumothorax artificiel. Masson, 1929.
- GOGUEL. — La capacité vitale des tuberculeux, spécialement au cours du traitement par pneumothorax artificiel unilatéral et bilatéral. Thèse Paris, 1926.
- LUCCHI. — Capacita vitale e pneumothorace terapeutico (*Rivista di patologia e clinica delle tubercolosi*, 31 décembre 1928).
- MIGNOT et MOLLARD. — Les éléments de pronostic chez les tuberculeux pulmonaires (*Monde Méd.*, n° 862).

NAVEAU. — Les résultats du pneumothorax artificiel. A. Legend, 1926.

NÈGRE (L.). — Les services que peuvent rendre les injections d'extrait acétonique au cobaye dans la mise en évidence des bacilles de Koch (*Presse Médicale*, 24 décembre 1932).

NICOLAS. — Considération sur l'adaptation au travail des tuberculeux pulmonaires. Thèse Lyon, 1932-1933, n° 167.

PARRY MORGAN. — On the possibility of achieving by partiel Pnx. The advantages of complet Pnx. in the treatment of pulm. Tbc (*The Lancet*, 5 juillet 1913).

— Artificial Pnx. in the traitement of pumonary Tbc (*The Quertely Journal of Med.*, Oxford, II, I, 1917-1918).

RIST. — Aspect économique et social du pneumothorax (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 12 janvier 1923).

— Tuberculose et gravidité (*Revue Tuberculose*, 1924, n° 4).

— Dépistage et contrôle de la tuberculose parmi le personnel infirmier des Hôp. de Paris (*Revue de phty-siologie médico-sociale*, mars-avril 1925).

— Tuberculose pulmonaire et pneumothorax artificiel (*Soc. Méd. des Hôp. médecine prat.*, janv. 1927).

— Tuberculose et grossesse (*Brit. Med. Journ.*, 13 août 1927, p. 247).

— Les exsudats du pneumothorax artificiel et leur influence sur l'évolution de la tuberculose (*Soc. des Méd. de Leysin*, juin 1928).

— Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire (*Rev. de la tuberculose*, 3^e sér., t. XI, n° 1, janvier 1930).

— Quelques remarques sur la tuberculose conjugale et ses facteurs psycho-sociologiques (*Arch. de Méd. et Pharm. mil.*, 87, 527-542, oct. 1927).

- RIST et HIRSCHBERG. — L'aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (*Soc. Méd. Hôp.*, 12 janvier 1923).
- Etude statistique sur l'efficacité du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Paris Méd.*, 1928, n° 1).
- RIST et JONESCO. — Nouvelles recherches expérimentales sur les propriétés inhibitrices de certaines pleurésies tuberculeuses au cours du pneumothorax artificiel (*Annales de Med.*, n° 4, nov. 1929).
- SERGENT. — Etude clinique sur la tuberculose, 1908-1920. Paris, Maloine.
- SERGENT et BRESSON. — Les hémoptysies dans la collapsothérapie (*Gaz. Méd. et Chir. Prat.*, 10 fév. 1930).
- TROCME. — Pneumothorax et respiration. Essai sur les modifications apportées par un pneumothorax aux conditions de la respiration pulmonaire. Thèse Paris, 1934.
- VERAN. — La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades. Thèse Paris, 1932.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	11
I. — Etude statistique.....	16
II. — Etude des faits observés concernant le travail effectué et le reten- tissement de celui-ci sur le pneumothorax artificiel et sur l'état clinique des sujets.....	26
1. Le travail.....	26
Les professions.....	26
Changement de profession.....	27
Autorisation médicale.....	28
Déclaration du pneumothorax artificiel à l'employeur.....	28
Durée du travail.....	29
Interruption du travail.....	30
2. Manifestations concernant le pneumothorax artificiel.....	31
Régularité des insufflations.....	31
Cessation du pneumothorax artificiel.....	32
Complications.....	34
3. Manifestations cliniques.....	35
Troubles fonctionnels et généraux.....	35
Récidives <i>in situ</i>	37
Tuberculose controlatérale.....	39
Tuberculose extrapulmonaire.....	41
III. — Etude de différents facteurs.....	43
1. Facteurs cliniques.....	44
Sexe.....	44
Age.....	47
Antécédents.....	49
Mode de début de la tuberculose.....	49
Côté des lésions.....	51
Caractère des lésions.....	51
Ancienneté des lésions.....	54
Tendance évolutive.....	56

Institution du pneumothorax artificiel.....	57
Efficacité du pneumothorax artificiel.....	58
Régularité des insufflations.....	59
Complications du pneumothorax artificiel.....	59
Etat clinique des sujets.....	60
Evolutions tuberculeuses.....	61
Traitements complémentaires.....	61
2. Facteurs propres au travail.....	62
Ancienneté du pneumothorax artificiel.....	62
Conditions de reprise.....	66
Travail.....	67
3. Facteurs sociaux et psychologiques.....	71
Situation de famille.....	72
Conditions matérielles de vie.....	74
IV. — Pneumothorax bilatéraux.....	77
V. — Quelques constatations sur la physiologie de la respiration chez les porteurs de pneumothorax artificiel pendant l'effort physique.....	83
VI. — Avantages économiques et sociaux du traitement de la tuberculose par le pneumothorax artificiel.....	89
Conclusions générales.....	95
Observation.....	100
Bibliographie.....	143

